Министерство здравоохранения РСФСР
Государственный научно-исследовательский
институт психиатрии

БИБЛИОТЕКА ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Б. В. Зейгарник

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

(Экспериментально-психологическое исследование)

МОСКВА 1958

Министерство Здравоохранения РСФСР
Государственный научно-исследовательский
институт психиатрии

БИБЛИОТЕКА ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Б. В. Зейгарник

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

(Экспериментально-психологическое
исследование)

МОСКВА 1958

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 1

Глава 1. Характеристика больных и методы исследования. . 13

Глава 2. Нарушения процесса обобщения и отвлечения . . . 27

Глава 3. Нарушение логического строя мышления. 46

Глава 4. Нарушение целенаправленности и критичности мышления 79

Заключение. 84

Ответственный редактор — директор института
проф. *В. М. Банщиков*

ВВЕДЕНИЕ

При изучении расстройств психики больных врачи-психиатры используют понятия и методы психологии. Вся история русской и зарубежной психиатрии свидетельствует о связи каждого нового этапа в развитии этой науки с современным ей уровнем развития психологии.

Традициями отечественных психиатрических клиник было практическое использование современных им психологических теорий и экспериментальных данных. Психологические лаборатории в клиниках нервных и душевных болезней существуют в России с восьмидесятых годов прошлого столетия (лаборатория А. А. Токарского при клинике С. С. Корсакова, Б. Л. Телятника, а затем Г. А. Осиповой при клинике В. М. Бехтерева, А. С. Бернштейна при клинике В. П. Сербского и много других). Особенно содействовал развитию экспериментальной психологии в психиатрической клинике С. С. Корсаков. Под его руководством и при его ближайшем участии была в 1894 г. организована психологическая лаборатория, которой заведовал А. А. Токарский. С. С. Корсаков, доказывал жизненную необходимость связи психологии и психиатрии.

Один из центральных вопросов, в решении которых должны быть использованы данные психологии, это вопрос о мышлении и его патологии. Изложения расстройств мышления в учебниках и монографиях (С. С. Корсаков, Крепелин, Ясперс, В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич, М. Я. Серейский, Г. Е. Сухарева, Т. П. Симсон, В. П. Осипов) базировались на положениях современной им психологии о закономерностях нормального мышления. Однако специальных исследований, посвященных общим вопросам патологии мышления, мало; вместе с тем, почти в каждом труде, посвященном той или иной клинической проблеме, содержатся высказывания относительно нарушений мышления. Эти исследования содержат, как известно, описания нарушений мышления при различных психических заболеваниях, описания, которые отличаются богатством, тонкостью, четкостью; однако, объяснение этих нарушений проводилось с позиций функциональной психологии, рассматривающей психические процессы, как изолированные, врожденные способности, которые увеличиваются

количественно при развитии и уменьшаются количественно при распаде. Объяснение состояло в анализе того, какие функции или какие отношения между функциями страдают при распаде мышления. Так, нарушения мышления при эпилепсии сводились к нарушению функции памяти, функции внимания и т. п., в других случаях нарушения мышления выводились из нарушения других областей психики. Например, нарушения мышления при шизофрении выводились из так называемого «основного нарушения». Нарушения мышления пытались также объяснить поражением определенных мозговых зон.

Основываясь на концепции отдельных врожденных функций, представители всех этих направлений стремились найти для каждой нозологической группы специфические для нее нарушения мышления. Образовалась некая шкала нарушений мышления, присущих больным той или иной нозологии. Так, например, резонерство считалось симптомом, специфичным для шизофрении. При этом делалась попытка найти различный генез мыслительных нарушений при грубых органических заболеваниях и при шизофрении. В первом случае эти нарушения определялись, как нарушения интеллекта или его предпосылок; нарушения же высших познавательных процессов при шизофрении трактовались как нарушения мышления. Подробный отрыв интеллектуальной деятельности от мышления, привнесенный Ясперсом, базируется на положениях Вюрцбургской школы, которая рассматривала мышление как «духовный» процесс, не имеющий связи с жизнедеятельностью организма, оторванный от восприятия и речи. Теоретической основой этих взглядов является философия Брентано и Гуссерля.

Значительно выраженными были и попытки объяснения распада мышления с позиций гештальт-психологии, согласно которой мышление не способно отражать действительность, а является лишь состоянием, в которое приходит человек при восприятии объекта.

За последние годы в исследованиях нарушений мышления наметились два противоположных направления: одно, базирующееся на рефлекторной теории психики Сеченова-Павлова, и другое, исследования которого группируются вокруг принципов функциональной психологии и эклектических сочетаний последней с фрейдизмом, гештальтпсихологией.

С 1950 г. павловское направление исследований нарушений мыслительной деятельности стало генеральной линией работ наших советских психиатров и психологов и некоторого числа исследований зарубежных передовых ученых. Второе же направление в большей мере продолжает распространяться среди американских и английских исследователей и ученых некоторых других стран. Такое противопоставление не случайно, ибо проблема мышления, его формирования, а следовательно, и распада связана с кругом наук общественного характера и поэтому рас-

хождение идейных позиций в этой области резко выражено.

Господствующим направлением в области психологии мышления в США до настоящего времени является гештальт-психология. Работы Вертгеймера, Келера, Дункера вызвали появление целого ряда исследований, которые стремились объяснить нарушения мышления при шизофрении распадом «категориальности», нарушением «структуры» мышления (Ганфман, Казанин). Распад мышления при шизофрении, по мнению других авторов, означает регресс на более низкие филогенетические уровни развития.

В ряде работ других зарубежных авторов нарушения мышления рассматриваются как снижение изолированной функции, которая может быть выражена в количественном отношении.

Психоморфологические концепции представлены в ряде работ английских авторов (Кричли, Мак Фрей, Пирси)

Следует, однако отметить, что в целом за последние годы зарубежной литературе появляется мало работ, посвященных проблеме нарушений мышления. Происходит это по следующим причинам: во-первых, в центре внимания части психологов, работающих в клинике, не стоят проблемы психопатологии, проблемы искажений познавательной деятельности. «Компетенцией» клинического психолога объявляется не столько анализ нарушений психических процессов, сколько исследование отдельных индивидуально-психологических особенностей больных (Лягаш, Бенасси, отчасти Пишо). Во-вторых, проблеме нарушений мыслительной деятельности уделяется недостаточное внимание потому, что психопатологические проявления рассматриваются не как проявления изменения корковой нейродинамики (и, следовательно, психические нарушения не рассматриваются, как искажения процесса отражения), а как проявление «игры» либидозных потребностей.

Исследования нарушения мышления, его развития, проводимые у нас в Советском Союзе в настоящие годы, базируются на марксистско-ленинской теории познания и рефлекторной теории психики И. М. Сеченова и И. П. Павлова.

Работ, посвященных патофизиологии нарушений мышления, много. Эти исследования ставят перед собой цель изучение динамики нервных процессов и индукционных соотношений между сигнальными системами при разных заболеваниях.

Еще в 1934 г. А .Г. Иванов-Смоленский исследовал патофизиологические основы явлений речевой бессвязности при шизофрениях. Используя ассоциативный эксперимент, А. С. Чистович отметил у больных шизофренией с разорванностью мышления наличие низших ответов типа эхолалий, конкретность и многословность ответных реакций.

Большое количество работ посвящено исследованию фазовых состояний (В. А. Кононяченко, С. Д. Каминский, В. И. Савчук), нарушению подвижности нервных процессов при различных психических заболеваниях (Д. Е. Мелехов, В. М. Каменская).

М. И. Середина и А. С. Ремезова отмечают нарушения взаимоотношения сигнальных систем при эпилепсии.

Вопрос об изменении индукционных отношений обеих сигнальных систем при различных психических заболеваниях разрабатывается А. Г. Ивановым-Смоленским и его сотрудниками (Н. Г. Миролюбов, В. К. Фадеева, Н. Г. Гарцштейн, Т. В. Строкина), коллективом сотрудников лаборатории патофизиологии высшей нервной деятельности человека И. Э. М. АМН СССР (Л. Б. Гаккель и Д. А. Кауфман из лаборатории акад. Л. А. Орбели).

Большое место занимают исследования высшей нервной деятельности при шизофрении (Е. А. Попов, Г. А. Рушкевич, В. П. Протопопов, Д. В. Орлов). Эти исследования имеют большое значение; в них изучаются физиологические механизмы нарушения мышления. Однако в этих работах по самому характеру экспериментальных приемов мышление, как психологический процесс, не может быть изучено.

Работы клинических психологов посвящены в основном, анализу нарушений мышления при разных формах психических заболеваний. Большое количество работ посвящено изучению нарушения мышления при шизофрении. В них исследовалось, как изменяются при этом заболевании различные приемы мышления, как анализ и синтез, абстракция и обобщение. Л. С. Выготский подчеркивал, что особенностью нарушения мышления при шизофрении является распад образования понятий. При этом он указывал, что это не является «основным нарушением» шизофренического процесса, а лишь его следствием, следствием быстро наступающего торможения. Работы М. С. Лебединского, А. М. Шуберт посвящены нарушению мышления и речи при шизофрении. М. П. Кононова исследовала нарушение мышления у детей-подростков.

Ряд работ клинических психологов посвящен сравнительной характеристике нарушений мышления у больных шизофренией и эпилепсией. В монографии А. Н. Залманзона указывается, что в то время, как мышление больных шизофренией характеризуется распадом анализа, у больных эпилепсией выступает распад синтеза. Ранние работы Г. В. Бирнбаум и Б. В. Зейгарник показали псевдоабстрактный характер суждений больных шизофренией и чрезмерную конкретность мышления больных эпилепсией.

Для всех этих исследований, относящихся к 30-м годам, характерна тенденция рассматривать нарушения мышления, как распад образования понятий. Другим видам нарушений мышления уделялось мало внимания.

Большое количество исследований посвящено нарушению интеллектуальной деятельности при травмах мозга и сосудистых заболеваниях ц. н. с. Э. А. Коробкова, Н. М. Костомарова, Е. И. Рузер, С. Сагалова, А. М. Шуберт, Б. В. Зейгарник обнаружили нарушения мышления при травмах мозга в виде истощаемости,

замедленности мышления; ряд работ посвящен установлению зависимости нарушения мыслительной деятельности от локализации очага поражения (В. К. Бубнова, Э. А. Евлахова, Б. В. Зейгарник, М. С. Лебединский и др.).

За последнее время опубликована серия исследований мышления умственно-отсталых детей, в которой приводится тщательный анализ особенностей различных приемов их мышления. И. М. Соловьев указывает, что вместо обобщения у умственно отсталых детей происходит приравнивание старого знания и элементов нового задания, что умственно-отсталый ребенок не в состоянии найти общее в многообразии единичного. Остается схема, старый шаблон старой задачи, которую умственно отсталый ребенок пытается применить к новой.

Проблеме нарушений познавательных процессов умственно отсталого ребенка посвящена работа Л. В. Занкова «Психологические особенности учащихся младших классов вспомогательной школы». Автор указывает, что для этого рода детей основная трудность заключается в переходе к мыслительным задачам, решение которых требует изменения способа деятельности по сравнению с тем, которые были использованы ранее.

Этой проблеме посвящена и работа А. И. Липкиной.

Нарушениям познавательной деятельности посвящены исследования А. Р. Лурия и его сотрудников (А. И. Мещеряков, О. К. Тихомиров, С. Д. Хомская и др.). Эта группа работ посвящена анализу формирования познавательных процессов у олигофренов, роли включения речи.

В ряде неопубликованных, но обсуждавшихся на научных конференциях, экспериментальных исследованиях клинических психологов психиатрических клиник (А. М. Шуберт, М. П. Кононова, Э. А. Коробкова, М. С. Лебединский, Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн) накоплен большой материал. Однако эти исследования, к которым относятся и наши работы, носят дробный характер,они посвящены изучению отдельных частных вопросов, в них нет единой системы понятий, в них мало сравнительного материала.

Назрела необходимость проанализировать нарушения мышления с позиций современной советской психологии.

Остановимся на основных положениях советской психологии по вопросу о мышлении.

Мышление определяется в современной психологии как высшая функция мозга, заключающаяся в обобщенном и опосредованном отражении действительности. Исторически мышление развивалось от конкретных наглядно образных форм к отвлеченным. Характеризуя диалектический путь познания объективно существующего мира, В. И. Ленин писал: «От живого созерцания к абстрактному мышлению *и от него к практике* — таков диалектический путь познания *истины*, познания объек-

тивной реальности».* Марксистско-ленинская теория познания учит нас, что процесс отражения действительности включает в себя две ступени познания: чувственное созерцание и рациональное мышление. Подчеркивая диалектическое единство этих обеих ступеней познания, классики марксизма-ленинизма указывают, что именно рациональная ступень дает возможность проникновения в сущность вещей и явлений природы и общества. «Представление не может схватить движения *в целом*, например, не схватывает движения с быстротой в 300 000 км в 1 секунду, а *мышление* схватывает и должно схватить»**. Рациональное познание не ограничивается отражением единичного, частного, а отражает наиболее существенные связи внешнего мира.

Процесс познания выражается не только в переходе от чувственного познания к рациональному, но и в постоянном движении от практики к теоретической мысли и обратно. «Познание начинается с практики; обретая через практику теоретические знания, нужно вновь вернуться к практике»***.

Этот процесс, наиболее полно отражая действительность, возможен лишь благодаря языку, который является, по словам К. Маркса, «непосредственной действительностью мысли».

Эти общие положения марксистско-ленинской теории познания и легли в основу взглядов советской психологии на природу психических процессов, в том числе и мышления. В основных трудах советских психологов (С. Л. Рубинштейн, А. А. Смирнов и др.) мышление рассматривается как особый вид деятельности, деятельности теоретической, формирующейся в человеческой практике. Для понимания природы мыслительной деятельности имеет значение исследование ее генезиса, проводившегося последнее время рядом советских психологов.

Уже, начиная с 30-х годов, советскими психологами: Л. С. Выготским, А. Н. Леонтьевым высказывалась мысль, что психические свойства формируются в процессе онтогенетического развития. В настоящее время такая точка зрения является не только положением общего философского характера, она представляет собой вывод из ряда конкретных исследований.

Исследования П. Я. Гальперина, А. Н. Леонтьева и их сотрудников показали, что умственные процессы формируются из действий с внешними предметами. Особенно четко эта точка зрения сформулирована в работах П. Я. Гальперина. Он указывает, что всякий процесс усвоения начинается с конкретного действия с предметами. Для обоснования этого положения он привел результаты исследования счетных операций детей. Последние выполняются вначале в виде внешнего действия — реального пере-

---

* В. И. Ленин. «Философские тетради», 1954, стр. 166.
** В. И. Ленин. «Философские тетради», 1954, стр. 218.
*** Мао Цзе-дун. «Относительно практики», Изб. произв., 1952, т. I, стр. 521.

мещения предметов, например, ребенок должен сосчитать спички; далее этот процесс, который сопровождается словесным названием чисел, видоизменяется: движения рук заменяются движением взора, т. е. ребенок считает спички, не дотрагиваясь до них, а лишь глядя на каждую из них. В дальнейшем ребенок производит счет словесно, а потом «про себя», «в уме». Следовательно процесс усвоения начинается с конкретного действия с предметами.

В дальнейшем он утрачивает характер внешнего действия с предметами, осваивается во внешней речи и, «благодаря этому, абстрагируется от конкретных предметных условий и приобретает более обобщенный характер». Происходит, по выражению автора, специфическое «сокращение процесса», его автоматизация, его переход в динамический стереотип. А. Н. Леонтьев называет этот переход «моментом образования механизма соответствующей «психической функции», указывая далее, что многие звенья процесса становятся излишними, не получают подкрепления, затормаживаются и выпадают. Вместе с этим сокращением процесса происходит закрепление соответствующих рефлекторных связей «редуцированной системы».

А. В. Запорожец проводит эту точку зрения на основании изучения образования произвольных движений у ребенка. Он показывает на основании экспериментальных данных, что регуляция движения осуществляется на ранних возрастных этапах с помощью развернутой ориентировочно-исследовательской деятельности, которая носит характер двигательно-осязательного исследования ситуации. На ее основе вырастает потом зрительная ориентировка, не требующая непосредственного контакта с объектом. По мере того, как у ребенка создаются прочные стереотипы ориентировочных реакций, — создается предпосылка для более высоких форм регуляции движения. «Указанные стереотипы связываются со словом и могут быть актуализированы при помощи слова в отсутствии непосредственно воспринимаемых условий деятельности».

Все эти данные позволили нашим психологам объяснить генез теоретического акта мысли, а именно: выдвинуть положение, что наша теоретическая деятельность развивается из внешней, что психические свойства, как общие, так и специальные, являются продуктом онтогенетического развития в процессе обучения и воспитания. Они являются «продуктом опыта усвоенных действий, отраженного и преобразованного в голове у человека».

Эта точка зрения советской психологии на психические процессы означает собою признание рефлекторной природы психики и опирается на учение И. М. Сеченова и И. П. Павлова. Уже в «Элементах мысли» И. М. Сеченов высказал положение, что мысль начинается с образования представлений о предмете и непосредственно переходит во «внечувственную область». И. М. Сеченов показывает, что такие абстрактные понятия, какими являются

математические понятия однородности, неизменяемости образовались под влиянием действий с реальностями, «заимствованы от фактов действительности с тем лишь различием, что в математических величинах все эти свойства сведены, так сказать, до идеала, а в реальных вещах они представляют лишь приближение к материалу». Он заканчивает свой труд «Элементы мысли» словами: «Переход мысли из опытной области во внечувственную совершается путем продолженного анализа, продолженного синтеза и продолженного обобщения. В этом смысле она составляет естественное продолжение предшествующей фазы развития, не отличающееся от нее по приемам, а, следовательно, и процессами мышления».*

Точка зрения советской психологии на мышление, как на деятельность, выросшую из практической, опирается на учение И. П. Павлова о рефлекторной деятельности мозга. Рефлекс — это осуществляемая корою связь организма с внешней средой. Временная связь в учении И. П. Павлова — это «замыкание приводимых цепей между явлениями внешнего мира и реакциями на них животного организма». Установление временных связей и является процессом отражения, процессом возникновения знаний о предметах и явлениях.

Таким образом, выдвигая положение о рефлекторной природе мышления, советские психологи тем самым отрицают положение так называемой функциональной психологии, которая подходит к мышлению, как к врожденной способности, как к «функции», которая увеличивается количественно при развитии и уменьшается также количественно в патологии.

В работах советских психологов делается и дальнейшая попытка психологического анализа природы мышления.

Психологическое исследование мышления, его становления и развития состоит в раскрытии его закономерностей, как аналитико-синтетической и обобщающей деятельности, в которой слиты воедино чувственное и рациональное познание. С. Л. Рубинштейн отмечает, что важнейшая задача, стоящая перед советскими психологами, заключается «не только в том чтобы проследить переход от одной ступени к другой, но и в том особенно, чтобы раскрыть на каждой ступени внутренние закономерности основных мыслительных процессов».**

Являясь особым видом человеческой деятельности, мышление выступает в виде совокупности многообразных операций; наиболее существенными операциями являются анализ и синтез, обобщение и абстракция.

Положение о рефлекторной природе психики означает характеристику психического, как процесса, «мысль о психическом

---

* И. М. Сеченов. Избр. произв., т. I, 1952 г., стр. 426.

** С. Л. Рубинштейн. «Психологические воззрения И. М. Сеченова и психологическая наука». Вопросы психологии, № 5, 1955, стр. 33.

акте, как процессе, должна быть удержана, как основная»*.

Даже самые элементарные психические акты человека, такие, как ощущение и восприятие, являются процессами в том смысле, что они протекают во времени, обладают некоторой изменчивой динамикой. Открытие рефлекторной основы всех этих, даже элементарных, актов особенно ярко обнаружило их процессуальную, многоэтажную структуру. В каждом акте мышления человека она выражена в максимальной степени.

При анализе мышления, как особого вида деятельности, следует учесть и его целенаправленность.

Мыслительная деятельность заключается не только в умении познать окружающие явления, но и в умении действовать адекватно поставленной цели. Мыслительный процесс является активным, целеустремленным процессом, направленным на разрешение определенной задачи. Для того, чтобы результат деятельности был адекватен поставленной цели, человек должен мысленно сопоставить свои действия и суждения с объективными условиями реальности, он должен уметь контролировать себя, правильно оценивать ситуацию и свои возможности. И. М. Сеченов указывал, что мышление не только отражает действительность, но оно служит регулятором действий. Аналогичное положение выдвигает И. П. Павлов, когда он говорит в «Среде» от 4-го декабря 1935 года о «...регулирующих, коррегирующих влияниях общих понятий словесных, которые отражают собой основные законы жизни и которые не допускают, чтобы в представлениях существовали связи, противоречащие связям, существующим в действительности».**

Таким образом, мыслительный процесс характеризуется наличием проверки. Советские психологи указывают, что проверка характеризует мышление, как сознательный процесс. С. Л. Рубинштейн подчеркивает, что только в процессе мышления, при котором субъект более или менее сознательно соотносит результаты мыслительного процесса с объективными данными, возможна ошибка и что «возможность осознать ошибку является привилегией мысли».

Выделяя качества ума, Б. М. Теплов указывает на критичность ума и оценивает эту критичность, как «умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке». Следовательно, адекватная мыслительная деятельность, направленная на выполнение какой-либо задачи, должна включать в себя возможность критики.

Таковы вкратце взгляды советских психологов на мышление. Оно характеризуется, как деятельность, складывающаяся при

---

* И. М. Сеченов. Избранные физиолог. и психолог. произведения, 1947, стр. 251—252.

** Павлов. «Среды», т. III, 1949 г., стр. 322.

жизни, но в зависимости от обучения и воспитания; оно является процессом, обладающим своим течением и динамикой; оно направлено на выполнение цели и регулирует наши действия. Как всякая деятельность, оно имеет и свои операции и способы выполнения.

Исходя из этой характеристики мышления, мы попытались проанализировать нарушения мышления, которые мы наблюдаем в клинике.

Мы пытались, исследуя достаточное количество типичных больных разных нозологий, изучить те реальные изменения, которые происходят в мыслительной деятельности, и сгруппировать их, отправляясь от фактов. Гипотеза, из которой мы исходили при этой задаче, была следующая:

Мы не предполагали, что различные виды нарушений мышления окажутся симптомами, специфичными только для определенных нозологий; например, мы не считали вероятным обнаружение какого-либо единого общего вида расстройства мышления для больных шизофренией всех форм и стадий, так же как для различных посттравматических состояний; мы предполагали, что те общие виды нарушений мышления, которые могут в результате нашей группировки экспериментальных данных возникнуть, должны лишь частично, но отнюдь не полностью совпадать с видами заболеваний. Многообразие клинических форм расстройств мышления должно объясняться сочетанием отдельных видов нарушений мышления с другими симптомами болезни, с особенностями личности больного, возможностью компенсации и т. д.

Рассмотрение материала привело нас к более общей теоретической проблеме соотношения распада и развития. Всякая болезнь коры головного мозга поражает в первую очередь филогенетические более поздние, молодые образования. Из этих фактов, важных с точки зрения эволюционной концепции развития, делают иногда неправильные умозрительные построения о том, что психические процессы больных регрессируют на уровень ранних этапов развития психики. Нам же казалось неправомерным предполагать, будто специфические формы и приемы мышления и речи в их распаде могут являться как бы негативом развития. Этого нельзя ожидать потому, что формирование мышления зависит от воспитания и обучения, т. е. процессов общественно обусловленных, в то время как болезнь течет по закономерностям биологическим.

ГЛАВА I

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Характеристика больных

Наши исследования проводились в психологической лаборатории Государственного научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР и частично в психологической лаборатории Нейрохирургического госпиталя ВИЭМ (3120). Данные нашего экспериментально-психологического исследования использовались клиницистами в качестве вспомогательного материала для научных и практических целей; в нашу лабораторию направлялись больные различных нозологий и состояний; поэтому мы могли и должны были использовать весь тот многообразный клинический материал, который находился в нашем распоряжении, отобрав тех, у кого имелись нарушения мышления. Такое широкое использование результатов исследования большого количества больных имеет свое преимущество, ибо оно насыщает наше исследование конкретными, не искусственно подобранными фактами, но оно создает некоторое затруднение в классификации материала.

Остановимся лишь вкратце на характеристике материала. Всего нами исследовано 425 больных различных нозологий.

Больные шизофренией были весьма различны, как по своему состоянию, так и по форме заболевания. Они посылались в нашу лабораторию клиницистами, занимавшимися проблемой эффективности различных видов терапии и структуры шизофренического дефекта.

Группа больных с травматическим поражением головного мозга состояла из: 1) страдающих подострым стадием последствий травмы головного мозга (больные госпиталя) и 2) страдающих отдаленными последствиями травматического поражения мозга (больные клинических отделов института). Эти больные направлялись в нашу лабораторию клиницистами, изучавшими различные типы течения травматического поражения головного мозга. Состояние этих больных было весьма

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ДИАГНОЗУ

Таблица № 1

Шизофрения	Травмы головные	Эпилепсия	Сосудистые заболевания центральной нервной системы	Маниакальное депр. психоз. мап. сост.	Олигофрения	Энцефалиты	Прогрессивный паралич
125	115	50	55	15	25	20	20

разнообразным. У части из них отмечался астенический симтомокомплекс; в состоянии другой части больных преобладало наличие дефекта.

В группу больных с сосудистыми заболеваниями вошли больные страдающие артериосклерозом головного мозга и гипертонической болезнью, сопровождающейся церебральными явлениями. В состояние больных одной группы преобладало астеническое состоянии; в состоянии больных другой группы — явления органического слабоумия. Больные с сосудистыми заболеваниями направлялись в психологическую лабораторию клиницистами для уточнения диагноза и структуры их интеллектуального снижения.

Большая часть больных эпилепсией направлялась к нам с целью выяснения динамики состояния больных в связи с применявшимся лечением.

Большая часть больных прогрессивным параличом направлялась в нашу лабораторию для выяснения динамики их состояния в связи с проведением лечения и относилась, главным образом, к дементной форме.

Методы исследования

Вопросы о выборе конкретных методов экспериментально-психологического исследования относится к кругу вопросов не только методического, но и методологического характера.

Отказ от взгляда на психические процессы, как на врожденные способности, «функции», подход к анализу психических явлений с позиции рефлекторной теории Сеченова-Павлова меняет методологию построения эксперимента, интерпретацию его результатов. Поэтому, прежде чем описать примененные нами конкретные методы исследования изменений мышления, остановимся в нескольких словах на общих принципах экспериментально-психологического исследования.

Взгляд на психические процессы, как на врожденные функции, которые меняются количественно при развитии и распаде, привел к мысли о возможности создания количественного измерения этих функций, к идее о возможности создания единой «измерительной» психологии. Исследование распада какой-нибудь функции и состояло в установлении степени количественного отклонения от «нормального стандарта». Этот принцип количественного измерения отклонений врожденных способностей лег в основу психологических методов исследования в психиатрических и неврологических клиниках. Они применялись в психологической лаборатории клиники Крепелина, которой заведовал Вундт. Особенного расцвета это направление достигло в исследованиях нашего невропатолога Россолимо, известных под названием «профиля Россолимо». В дальнейшем этот метод измерения психических функций (метод тэстов) нашел свое широкое

применение при отборе детей во вспомогательные школы (педологические исследования).

При исследовании больных методом «тэстов» не могла быть учтена ни качественная сторона нарушения, ни зависимость нарушений от условий жизни. Точно так же оставался в тени и вопрос о возможностях и путях компенсации измененной функции. Измерялись, статически вычислялись данные, относящиеся к явлению, качественно неясному.

Такой часто количественный метод исследования дает только возможность судить в лучшем случае о степени приобретенных знаний, а не о возможности дальнейшего их формирования; в капиталистических странах дети более обеспеченных родителей могли при таком испытании показать более широкий диапазон знаний и зачислялись в школы с более высоким уровнем преподавания.

После постановления ЦК ВКП(б) о педологии наши отечественные психологи, работающие в клинике, отошли в своей работе от «тэстовых» исследований. Против подобных исследований раздаются также голоса представителей прогрессивной педагогики в зарубежных странах (в работе английского педагога Брайана Саймана). Однако метод «тэстов» является до сих пор ведущим методом клинических психологов за рубежом. В многочисленных опубликованных там за последние годы монографиях и статьях, посвященных экспериментально-психологическому исследованию больных, приводятся методы именно тэстового исследования, вплоть до вычисления JO. Так, описанию подобных примененных методов исследования посвящены: двухтомная монография Андрэ Рей «Монография клинической психологии» 1952 г. (Andre Rey Monographie de Psychologie clinique», монография Даниэль Броуэра «Прогресс клинической психологии», 1952 г. (Danuel Brower, «Progress in clinical Psychology)», работа С. Пфлюгфельдера «Психологические исследования нарушения сознания при инсулиновой терапии («S. Pflugfelger «Psychologische Untersuchungen der Bewusteinssforung bei Jnsulinfherapie» 1951), работа О. Питриха «Нарушения мышления у травматиков» 1944г. (O. Pittrich «Denksfërungen bei Hirnverletzten)»

Наряду с чисто количественным методом, каким является тэстовый метод, за последние годы в клинической психологии за рубежом появилась тенденция к использованию так называемых прожективных методов исследования. Сущность этого метода заключается в следующем: задание, которое предлагается испытуемому, не предусматривает каких-либо определенных способов решения. В отличие от «тэста», которой требует выполнения задачи соответственно определенным условиям, «прожективный» метод использует любую задачу лишь как повод, чтобы испытуемый мог проявить свои переживания, особенности своей личности и характера. По выражению французского психолога Омбре-

дана, личность отражается с помощью этой методики, «как объект на экране». Отсюда — название «прожективный».

В качестве конкретной методики испытуемому предлагаются для описания пятна Роршаха. Заключаются они в следующем: на листе бумаги изображены симметрично расположенные причудливые пятна, лишенные какого бы то ни было содержания. Испытуемый должен сказать, что он видит.

Кроме пятен Роршаха за последнее время предлагают различного рода сюжетные картинки («t. a .t. testes» «Bellemie Wechsler tests»).

Этот метод является по существу своему антиподом тэстового метода и по замыслу его авторов должен был дать качественную оценку поведения испытуемого. Тэстовый метод позволял судить лишь о результатах работы; сам же процесс работы, отношение испытуемого к заданию, мотивы, побудившие испытуемого выбрать тот или иной способ действия, словом вся качественная многообразная сторона деятельности испытуемого, его личностные установки, желания не могли и не должны были быть учтены при этом методе. При «прожективном» же методе выступала не «результативная» сторона действий испытуемого, не количественный учет допущенных ошибок или правильных решений. Сама проблема ошибочного или правильного решения вообще не возникала. Этот метод давал возможность выявить личностные реакции больного, характер возникающих при этом ассоциаций, отношение испытуемого к этим ассоциациям. Словом, по замыслу авторов «проэкционального» метода, последний должен был вскрыть личность испытуемого. Они часто называют этот метод «клиническим подходом к психике здорового человека» (Лягаш, Пишо, Омбредан).

Если же, однако, проанализировать, о каких личностных переживаниях и установках идет речь, то оказывается, что исследователи пытаются установить «бессознательные» мотивы, желания испытуемого, обнаружить игру «комплексов».

Если при помощи тэстового метода стремились количественно определить, измерить раздробленные познавательные процессы, то при помощи «прожективного» метода пытались уловить «скрытые», «вытесненные» переживания. Не случайно интерпретация результатов этого метода производится в понятиях фрейдистской, либо неофрейдисткой «концепции». Рациональное «зерно истины», скрытое в этом методе, поставлено на службу фрейдизму и неофрейдизму.

Следует также отметить, что сторонники прожективного метода не избежали количественной интерпретации, против которой они восставали, критикуя «тэсты». Так, оценка результатов наблюдений при предъявлении таблиц Роршаха, производится при помощи точных статистических показателей (например, вычисляется процент «движущихся предметов», «мелких частей»,

которые испытуемый видит). В конечном итоге и прожективный метод превратился в схему статистических показателей.

Каковы же принципы построения нашего экспериментально-психологического исследования в клинике?

Основным принципом построения психологического эксперимента является принцип функциональной пробы, принцип, который широко используется в различных областях медицины для испытания специфической деятельности какого-либо органа. Для оценки психической деятельности и умственной работоспособности больного должны быть исследованы специфические функции человеческого мозга, т. е. те познавательные процессы, которые имеют место в труде и при обучении человека. Методы экспериментально-психологического исследования в клинике должны представлять возможность выявить конкретные формы искаженного познания больного. Психические процессы являются различными формами отражения объективного мира, поэтому психологический эксперимент и должен быть направлен на выявление нарушений психологических процессов (мышления, восприятия и т. д.).

Вторым принципом построения психологического эксперимента в клинике является качественный анализ особенностей протекания психических процессов больного, в отличие от одного *лишь* количественного их измерения. Важно не только то, какой трудности задачу больной выполнил, но и то, как он осмышлял, чем были обусловлены его ошибки. (Следует отметить, что анализ ошибок, возникших у больного в процессе решения задачи, представляет собою показательный материал для оценки психической деятельности больного).

Третьим принципиальным требованием к психологическому эксперименту является требование объективности показателей исследования. Нельзя сводить эксперимент к наблюдению за больным и субъективной интерпретации результатов опыта. Условия эксперимента должны позволить объективную регистрацию и проверку результатов опыта, результатов, которые могут быть повторно получены другим экспериментатором и с помощью других методик. При построении эксперимента, при выборе заданий необходимо учесть образовательный уровень и трудовые навыки больного. Таковы в кратком виде основные принципы экспериментально-психологического исследования в нервно-психиатрической клинике. Остановимся так же вкратце на задачах, стоящих перед экспериментально-психологическим исследованием.

Прежде всего надо указать, что экспериментально-психологическое исследование является частью психопатологического анализа. Оно является дополнительным методом обследования больного, помогающим клиницисту в распознавании и анализе болезни. Поэтому оно не может проводиться в отрыве от клинических задач и должно отвечать на конкретные вопросы клини-

циста. Напр., психологический эксперимент может быть использован клиницистом для дифференциально-диагностических целей. Само собой понятно, что установление диагноза не проводится на основании тех или иных лабораторных исследований, а на основании комплексного клинического исследования. Однако в психологических лабораториях накоплены экспериментальные факты, характеризующие нарушения психических процессов при различных формах заболевания. Поэтому данные экспериментально-психологического исследования могут служить дополнительным материалом при установлении диагноза.

Перед экспериментально-психологическим исследованием может ставиться задача установления структуры степени психических нарушений больного (при учете эффективности лечения, при установлении качества ремиссии и т. д.).

Выбор и построение методики исследования зависит от общего психического состояния каждого больного, от степени его доступности и состояния его сознания, а также от общеобразовательной подготовки больного. Следовательно в основе экспериментально-психологического исследования лежит не только принцип количественного, но и качественного анализа особенностей протекания тех или иных психических процессов больного*.

Переходим к описанию конкретных методик.

1. Варианты ассоциативного эксперимента

Метод ассоциативного эксперимента имеет в психологии и психиатрии большую давность. Своими истоками он уходит к И. М. Сеченову. Защищая в споре с Кавелиным детерминированный характер нашего мышления, Сеченов предлагал в качестве аргумента провести, по сути говоря, ассоциативный эксперимент. Ассоциативный эксперимент был широко использован нашими старыми отечественными психиатрами (Бехтерев, Токарский, Павловская, Ильин, Осипов, Давбня и др.), которые применяли его для исследования интеллектуальной деятельности больных

Однако, как и всякий метод, и ассоциативный эксперимент был использован для различных целей. Исследования, которые проводились с его помощью, отражали разные теоретические позиции исследователей. Ассоциативный эксперимент широко применялся представителями идеалистической психологии. Понимая под ассоциациями связь идей, они сводили исследование ассоциаций к анализу связи представлений, «сцепления идей». Особенно широко был использован ассоциативный эксперимент представителями психоаналитического направления. Предъявляя испытуемому слова, связанные с психотравмирующей ситуацией и получая на эти слова определенные ответы, психоаналити-

---

* Подробнее об этом см. в методическом письме: экспериментальное психологическое исследование психически б-ных в психиатрич. клиниках.

ки делали выводы о тех скрытых «комплексах», которые, якобы, лежали в основе заболевания больных. (Юнг)

И. П. Павлов вносит иное, материалистическое определение понятия ассоциации, подразумевая под нею временную связь.

Исследование ассоциаций человека позволяет выявить ряд особенностей его мышления. Прежде всего оно обнаруживает адекватность возникающих ассоциаций предметным связям и отношениям внешнего мира (неадекватность ассоциаций обнаруживается при разорванности мышления).

Ассоциативный эксперимент позволяет судить об обобщенности, направленности ассоциаций. Богатство и разнообразие словесных реакций свидетельствует о диапазоне приобретенных в прежнем опыте связей.

Вариант 1.

Описание методики. Экспериментатор зачитывает испытуемому последовательно ряд заранее подготовленных слов и просит его на каждое слово ответить первым пришедшим на ум любым другим словом. Ответные слова записывались и с помощью секундомера отмечалось время реакции испытуемого.

Задача исследования. Этот эксперимент позволяет проанализировать содержание ассоциаций испытуемого, степень их обобщенности и скорость образования ассоциаций.

У здоровых людей ассоциативный эксперимент обнаруживает, как правило, невысокий латентный период (0,5 — 2 сек.) и адекватность содержания ответных реакций содержанию слова-раздражителя; отражая опыт испытуемого, ответные реакции всегда обусловлены словом — раздражителем. Каждое новое слово — раздражитель вызывает смену ответных реакций.

Этот опыт удавалось провести с такими больными, которые не понимают и не принимают инструкции. Так, например, возбужденные больные, даже когда они не слушали обращенной к ним речи, отвечали на отдельные слова, либо вплетали в собственную речевую продукцию реплики на эти услышанные ими слова.

Вариант II (предложено В. М. Коганом)

После того, как испытуемому была предъявлена вся серия слов-раздражителей, опыт повторялся еще раз, уже без повторной инструкции. Если при втором предъявлении испытуемые отвечали прежними словами, предъявлялась в третий раз та же серия раздражителей, но уже с новой инструкцией: «Отвечайте не тем словом, которым вы отвечали раньше». Этот вариант не вызывает затруднений у здоровых людей, он приводит лишь к повышению латентного периода.

Вариант III

Описание методики. Испытуемому предлагается на каждое прочитанное ему слово ответить другим, которое нахо-

дится в каком-либо определенном отношении с заданным словом, например, словом противоположного значения.

Задача исследования. Этим опытом проверяется умение испытуемого сохранить на протяжении более или менее длительного времени определенную направленность ассоциаций.

Неопределенность инструкции при первых двух вариантах способствует активизации широкой зоны ассоциаций, например, слово «стол» может вызвать ассоциацию по типу вид — род (Стол — мебель) или ассоциацию из той же категории (Стол — стул). Все эти ответы соответствуют значению инструкции «отвечать первым словом». Поэтому эти варианты и не позволяют судить об избирательности ассоциаций больного. Между тем уже И. М. Сеченов, указывая в своей статье: «Замечания на книгу Г. Кавелина «Задачи психологии» на детерминированный характер наших ассоциаций, подчеркивал их избирательность и направленность.

Выполнение инструкции, требующей избирательных ответных реакций, не вызывает затруднения у здоровых людей. В некоторых случаях испытуемый не сразу находит нужное слово, он может его даже не найти, но он удерживает инструкцию и не отвечает любым словом.

Вариант IV.

Описание методики. Опыт заключался в том, что испытуемому предлагали по возможности быстрее назвать определенное количество (30—40) каких угодно слов. Экспериментатор записывает произносимые больными слова и, если тот затруднялся в их подыскании и в речи его возникали паузы, то экспериментатор регистрировал их при помощи секундомера.

Задача исследования. Последующий анализ названных слов и связей между нами позволяет обнаружить особенности ассоциативных связей больного, быстроту их возникновения. У здорового человека возникающие таким путем ассоциации находятся в смысловой связи друг с другом.

2. Опосредованное запоминание

(Метод пиктограмм, предложено А. Р. Лурия)

Описание методики. Испытуемый должен запомнить 14 слов. Для лучшего запоминания надо было придумать и зарисовать на бумаге что-либо такое, что помогло бы в дальнейшем воспроизвести предложенные слова. Никаких записей или пометок буквами делать, конечно, не разрешалось. Испытуемые были предупреждены, что качество их рисунка не имеет значения. Точно также не учитывалось и время при выполнении этого задания.

Задача исследования. Этот эксперимент, который

может быть проведен с испытуемыми, имеющими определенный образовательный уровень (5—6 классов), позволяет судить о степени обобщенности и содержательности ассоциаций испытуемого, о том, насколько легко устанавливались связи в зависимости от конкретного или абстрактного значения слов, о том одинаково ли продуцировались связи к этим словам, возможности запоминания на основе наглядных связей.

Опосредованное запоминание с помощью картинок (предложенное А. И. Леонтьевым.)

Описание методики. Испытуемому предлагалось запомнить 15 слов. Для облегчения запоминания испытуемый должен подбирать к каждому называемому экспериментатором слову какую-нибудь подходящую к нему картинку (всего их лежало перед ним 30). После этого испытуемому показывается карточка; испытуемый воспроизводит слова. При этом испытуемый должен после того, как он выбрал к каждому очередному слову какой-нибудь подходящий, изображенный на карточке предмет, объяснить, какая связь образовалась между слышанным словом и предметом.

Задача исследования. Эта экспериментальная проба ставит перед собой ту же цель, что и «метод пиктограмм».

Анализ способа работы и ошибок, допущенных больными при этом методе, дает богатый материал для характеристики мыслительного процесса больного. Прежде всего выявляется, насколько испытуемый осмышляет смысл самого задания, может ли он объяснить свой выбор. Обнаруживается и характер процесса опосредования; у некоторых больных оно уступает место непосредственному чувственному впечатлению (испытуемый называет карточку).

3. Классификация предметов.
(Предложено Л. С. Выготским)

Описание методики. Испытуемому предлагается набор карточек (70), на которых изображены самые разнообразные объекты: животные, дикие звери, инструменты, люди разных профессий, виды транспорта, виды мебели, фрукты, овощи, деревья и т. д. Инструкция требует разложить карточки на несколько групп так, чтобы в каждой группе лежали подходящие друг другу предметы.

Задача исследования. Подбор карточек допускает несколько видов классификации, например: растений, людей, инструментов и т. д., или же деление про признаку материала (дерево, железо), по признаку цвета, формы и т. д. Не вдаваясь в характеристику всех возможных видов классификации, укажем, что как бы различны ни были по своему содержанию группы предметов, все же сама задача объединения в одну группу нескольких предметов предполагает установление хотя бы элементарного сходства и различия, умение сопоставить один предмет с другим,

т. е. сама задача предполагает хотя бы элементарный, но все же анализ и синтез. Обычно вначале испытуемые объединяют карточки по более легким группам, а потом происходит объединение этих малых групп. Наиболее высоким способом деления является классификация карточек на 3 группы (живые существа, растения, вещи).

Анализ выполняемой работы позволяет выявить, может ли испытуемый установить обобщенную связь между предметами или же он объединяет их по конкретным признакам.

Этот эксперимент позволяет также учесть, как больной справляется с задачей, объединяет ли он предметы постепенно, поднимаясь тем самым до более высоких ступеней обобщения (например раньше объединяет птиц, затем птиц с другими животными и далее с людьми, образуя группу «живые существа») или сразу образует обобщенные группы.

Этот эксперимент позволяет учесть и отношение испытуемого к своим ошибкам, быстро ли он замечает их, коррегирует ли или продолжает, несмотря на указания, упорствовать на своем «принципе» классификации. Метод классификации имеет несколько вариантов (вместо изображений предметов даются словесные обозначения или геометрически начертания куба, квадрата и т. д. Вариант Полякова).

4. Раскладывание картин в порядке последовательности

Описание методики. Испытуемому предлагается серия из 5 картин, изображающих в последовательном порядке этапы какого -нибудь происшествия или действия. Испытуемому дается указание разложить картинки в последовательном порядке (сначала положить картинку, изображающую начало происшествия, потом его продолжение и т. д.). После раскладывания испытуемый должен рассказать происшествие, согласно порядку разложенных им картин.

Задача исследования. Эта простая методика позволяет выявить понял ли испытуемый содержание отдельных картин, доступно ли испытуемому сопоставление нескольких элементов, последовательно ли он рассуждает при переходе от одного элемента к другому и т. д. Кроме того, при выполнении этого задания выявляется характер работы испытуемого (обдуманный или хаотичный); замечает ли испытуемый свои ошибочные решения, быстро ли их исправляет или не интересуется ими. Более сохранным больным предлагалось сопоставление более сложных по содержанию картин.

5. Понимание переносного смысла пословиц, метафор (а) и отнесение фраз к пословицам (б)

Описание методики. При варианте (а) испытуемый должен передать содержание пословицы. При наличии ошибок

экспериментатор наводит его на правильное решение. Для этого экспериментатор просит рассказать в каких случаях жизни применяется данная пословица. Если и это было недоступно испытуемому, экспериментатор сам приводит пример и спрашивает подходит ли он к пословице.

Задача исследования. Этим методом удается выяснить, доступен ли испытуемому процесс абстрагирования от буквального толкования пословиц. Не всегда следует судить о доступности для испытуемого понимания абстракции лишь на основании первоначального толкования пословиц. Более показательным является анализ того, как испытуемый воспринимает объяснение экспериментатора.

б) **Отнесение фраз к пословицам.**

Описание методики. Больному дается таблица с написанными столбцом пословицами и карточки, на которых написаны фразы различного содержания. Испытуемый должен положить рядом с каждой пословицей карточку, на которой написана фраза, содержание которой подходит к смыслу пословицы. (Конечно, предварительно следует удостовериться, со всеми ли пословицами больной знаком). Часть фраз не подходит к пословицам, но они содержат сходные «провокационные» слова. После окончания раскладки больного спрашивают, как он подобрал каждую пару.

При наличии ошибок экспериментатором задавались наводящие вопросы. Сначала больному предлагалось объяснить значение той или иной пословицы, для облегчения же спрашивалось, в каких различных случаях жизни эта пословица применима. Затем сам экспериментатор приводил житейский пример. Наконец, испытуемому предлагали на выбор 2 карточки, одну, выбранную им ошибочно, и другую, действительно соответствующую пословице.

Задача исследования. Определение переносного смысла поговорок (а) требует понимания условности, умения отвлечения от конкретного содержания слова, умения абстрагировать. В варианте (б) формулировка пословицы преподносится и, если испытуемый только смутно понимает смысл, то фраза, которая ему предъявляется, должна действовать как подсказка. Но зато здесь имеется трудность другого рода, — создается широкая возможность соскальзывания на приблизительный смысл. Трудность переносится, таким образом, в другую плоскость, она заключается не в самой возможности понять абстракцию, а в необходимости оттормозить то, что не соответствует смыслу пословиц.

Сопоставление обоих вариантов позволяет, следовательно, выявить не только возможность понимания переноса, абстракции, но и возможность последовательного сопоставления, оттормożения несущественных элементов, более высокого анализа и синтеза.

6. Метод исключений

Описание методики. Испытуемому предлагается несколько таблиц с изображением 4-х предметов, из которых каждые 3 могут быть обобщены в одну группу по родственному признаку, а 4-й предмет под это обобщение не подходит, Например, свеча, керосиновая лампа, электрическая лампочка и солнце.

Испытуемому объясняют, что три предмета из четырех относятся к одному роду вещей, будучи в каком-то отношении схожими, а один должен быть среди них выделен, как неподходящий к этого рода группе. Испытуемый должен выделить этот четвертый предмет и пояснить, по какому принципу он это сделал. В приведенном примере следует исключить солнце, как естественное освещение.

Если испытуемый не может выделить предмета, экспериментатор указывает, какой предмет должен быть выделен, испытуемый же должен объяснить принципы экспериментатора.

Задача исследования. Эта экспериментальная проба позволяет судить о возможности отвлечения от случайных и второстепенных признаков, от привычных отношений между предметами, о способности анализа и обобщения существенных признаков. Также, как и определение переносного смысла пословиц, эта методика показывает, может ли испытуемый найти правильную речевую формулировку для обоснования избранного им принципа выделения.

Этот эксперимент позволяет обнаружить и возможность переключения с одного способа решения на другой.

Кроме описанных методик, требующих более сложных действий испытуемого, мы предлагали большинству больных (особенно, если речь шла о больных с выраженным нарушением мышления, пересказать сюжет рассказа или басни. Эта проба позволяла учесть, насколько испытуемый понимает содержание рассказа, насколько он обобщает и последовательно передает сюжет, насколько последовательность передачи проходит через весь опыт.

Пересказ больных записывался во многих случаях на магнитофоне (приведенные в различных местах образцы речи больных являются записями на магнитофоне). Больным предъявлялось также описать сюжет картины. Это само по себе простое задание может оказаться очень плодотворным для выявления того, обобщенно ли воспринимает испытуемый материал, останавливается ли он только на несущественных деталях, фиксирует ли частности, или же передает сразу основное содержание. Эта, казалось бы, простейшая экспериментальная проба дает возможность выявить и отношение испытуемого к работе, к ошибочным толкованиям, она позволяет судить о том, способен ли испытуемый к длительной фиксации внимания или быстро пресыщается, отбрасывая задание.

Таковы основные методики, которые мы применяли к подавляющему количеству исследуемых нами больных. В процессе исследования нам приходилось иногда для более углубленного и убедительного доказательства правильности наших гипотез прибегать к дополнительным методикам, которые мы проводили только с определенной группой больных. На их описании мы остановимся в соответствующих главах.

ГЛАВА II

НАРУШЕНИЕ ПРОЦЕССА ОБОБЩЕНИЯ И ОТВЛЕЧЕНИЯ

Анализ экспериментальных данных обнаружил многообразные варианты нарушений мышления. В данной работе подвергнуты анализу не только те формы нарушений мышления, которые стали уже достоянием клинического исследования, но и те, которые не получили до сих пор адекватного описания в клинических работах.

Мы объединили наблюдавшиеся нами нарушения в 3 группы:

1. Нарушение процесса обобщения. 2. Нарушение логического строя мышления. 3. Нарушение критичности и целенаправленности мышления.

Как известно, мышление определяется, как обобщенное и опосредованное отражение действительности. Практически оно выступает, как усвоение знаний, как приобретение новых способов действий, однако это усвоение происходит не в виде простого накопления, а в виде процесса синтезирования, обобщения и отвлечения. Применяя те или иные способы решения умственной задачи, человек обобщает находящиеся перед ним явления т. е. выделяет наиболее общие и существенные признаки.

Нарушения процесса обобщения могут принять в клинике самые различные варианты. Мы ограничиваемся здесь описанием двух крайних вариантов: а) снижение уровня обобщения, б) искажение уровня обобщения.

а) **Снижение уровня обобщения** мы наблюдали у больных, перенесших в раннем детстве или в период внутриутробного развития органические заболевания центральной нервной системы (25 больных); у больных с рано начавшимся эпилептическим процессом (35 больных), а также у больных с тяжелыми травмами мозга (15 больных).

Больные, вошедшие в эту группу, могут правильно выполнить какое-нибудь несложное задание, если условия работы ограничены и жестко предопределены. Изменение условий вызывает затруднение и неправильные действия больного. Так, например, один из подобных больных (олигофрен) работал курьером, акку-

ратно выполнял возложенные на него обязанности. Когда же однажды ему было поручено обойти всех сотрудников с листом, на котором они должны были расписаться, он ворвался на закрытое заседание, объясняя, что товарищ, докладывавший в это время, должен расписаться. Уговоры, что это может быть сделано после, не помогли, заседание было прервано, ибо Т. не уходил, плакал, твердя: «Мне поручено, чтобы все расписались».

В больнице такого рода больные подчиняются режиму, принимают участие в трудовых процессах, помогают персоналу; однако, они часто вступают в конфликты, не понимают шуток больных, вступают в споры с другими слабоумными больными.

В ситуации психологического эксперимента больные охотно приступали к выполнению задания, проявляли часто настойчивость, однако не сразу усваивали смысл задачи; часто сама инструкция, т. е. словесно выраженная постановка задания оказывалась для них непосильной задачей. Условность в рисунке, перспектива, заслонение одних предметов другими, резкие светотени, все это затрудняло их понимание.

Приводим для иллюстрации выписки из историй болезни больных и данные экспериментально-психологического исследования.

Больной Д. (история болезни д-ра Чехович Я. И)

1921 г/р. В возрасте 11 месяцев перенес менингоэнцефалит. Развивался с задержкой. Учился в вспомогательной школе; с 16-ти лет начал работать подсобным рабочим. Специальности не получил. Исполнительный, старательный; отмечаются вспышки психомоторного возбуждения с импульсивными поступками, вследствие чего часто стационировался в психиатрические больницы. Последний раз поступил 10 ноября 1953 года.

Патофизиологическое исследование, проведенное д-ром Чехович обнаружило у больного слабость раздражительного процесса, иррадиацию раздражительного процесса, слабое дифференцированное торможение.

Данные экспериментально-психологического исследования: «Классификация предметов». Больной не сразу понимает инструкцию: «Они же все разные», пытается сосчитать карточки. После дополнительного объяснения экспериментатора объединяет их следующим образом: в одну группу кладет лошадь, телегу, в другую врача с термометром, говоря: «Пускай он мерит температуру». В третью группу складывает шкаф, кастрюлю, свеклу: «Это все можно варить в кастрюле и поставить в шкаф». Цветок объединяет с жуком и птичкой, объясняя: «Надо жука посадить на цветок. Птицы кушают жуков, но этот слишком большой, я видел, как птицы кормят своих птенцов». Платье он объединяет с уборщицей: «Она его будет носить». Лису, медведя и дерево объединяет в одну группу: «Эти живут в лесу». Экспериментатор пытается помочь больному установить более общие связи между предметами, но безуспешно. Например, предложение объединить в одну группу кошку и собаку больной отвергает: «Они не живут мирно». Точно так же больной не соглашается объединить в одну

группу рыбу, лисицу, волка и козу: «Нет, так не хорошо, рыба плавает, лиса и волк живут в лесу, а коза бегает по двору, их нельзя объединить».

В опыте на раскладывание картинок в последовательном порядке больной описывает детали каждой отдельной картинки, не увязывая их в одно целое: «Здесь сломалась телега, а здесь (на № 4) чинят: здесь человек гуляет (на картину № 2, изображающую возчика, идущего в деревню за помощью). Здесь едет телега (на № 5)

Экспер: «Где начало рассказа?»

Больной: «Вот начало (на № 1), сломалось колесо».

Экспер: «Где продолжение?»

Больной: «Вот чинят» (на № 4)

Экспер: «А потом?»

Больной: «Больше нет».

Эксперим: «Куда идет возчик?»

Больной: «Гулять идет».

Эксперим.: «А может в деревню за помощью?»

Больной: «Да, тогда это будет вторая картинка. Точно.»

Больной кладет после 1-й вторую, а потом 4-ю, обращает внимание на картинку № 3, где возчик приходит с помощником. Только после наводящих вопросов экспериментатора больному удается разложить картинки в правильном порядке.

Ассоциативный эксперимент.

Больной долго не понимает инструкцию: «Стол и есть стол, что же тут еще сказать?» После детальных разъяснений и приведенных примеров больной приступает к выполнению задания. Как видно из таблицы № 2, ответные реакции больного представляют собой либо определения слова-раздражителя (воздух-чистый) либо его непосредственную функцию (лампу—зажигают, хлеб — едят). Из 22 ответных реакций 6 являются определением, 7 — обозначением функций предметов, 7 ответных реакций означают собой повторение слова-раздражителя (падение — падать, брат есть брат). Повторное предъявление слов-раздражителей с инструкцией «отвечать другим словом» не вызывает изменения характера ответных реакций.

Понимание переносного смысла метафор и пословиц.

Больному предлагается пословица «золотая голова». Испытуемый: «Золотой головы не бывает, это только на памятнике».

«Куй железо пока горячо» — если железо холодное, оно не мягкое, его нельзя ковать; из него не сделаешь подковы для лошадей».

На вопрос экспериментатора, можно ли такую поговорку применить к врачам, больной говорит: «Нельзя, врач лечит, а не кует, он не кузнец».

Выписка из истории болезни больной С. (история болезни д-ра А. С. Ремезовой).

Больная С., 1905 года рождения. В 3-летнем возрасте перенесла ушиб головы. В школе училась с трудом и мало. В 15-летнем возрасте появились большие судорожные припадки с потерей сознания, которые постепенно учащались, резко стала слабеть память, сообразительность С 1941 г., в связи с ухудшением состояния, периодически стационировалась в психиатрическую больницу, получала лечение люминалом, последний раз в 1952 г. В отделении больная вяла, молчалива, в движениях и ответах медлительна. Запас слов беден, круг интересов снижен. С персоналом угодлива, иногда раздражительна, злобна. Наблюдались эпилептические припадки с судорогами и потерей сознания, которые заканчивались сном. Частота припадков — 4 раза в месяц.

Таблица № 2

Больной Д.

Слово—раздражитель	1-е предъявление		2-е предъявление *	
	латентный период	ответная реакция	латентный период	ответная реакция
Хлеб	1,5	Хлеб едят	1,5	Булка
Лампа	2,5	Зажигают	2	Зажечь
Пение	2	Хорошее	2,5	Хорошее
Колесо	2,5	Вертится	2,5	Вертится, оно круглое
Красота	3,5	Красивая	2,5	Хорошая
Война	2,5	Война	2	Война, война
Красный	1,5	Цвет	2	Темно-красный
Воздух	2,5	Чистый	2,5	Воздух, не знаю
Голубой	2,5	Цвет	2,5	Цвет
Звонок	3,5	Звенит	4,5	Колокольчик
Гора	1,5	Высокая	2,5	Высокая, нет ну, колпак
Луна	2,5	Месяц	2,5	Месяц, ну, полумесяц
Брат	2	Брат есть брат	3,5	Брат, родной брат
Лечение	1,5	Вылечить	2,5	Лечить, да, лечение хорошее
Топср	2,5	Топор, колун	3,5	Топор, топорище
Падение	2,5	Падать	5	Не знаю
Голова	1,5	Болит	3,5	Голова
Бежать	2,5	Быстро	3,5	Бежать, ходить
Ягода	2,5	Малина	3,5	Клюква
Шуметь	2	Громко	2,5	Кричать
Глубина	2,5	Глубоко	3,5	Не знаю

* Инструкция «Отвечайте не тем словом, которым ответили раньше»

Патофизиологическое исследование, произведенное д-ром А. С. Ремезовой и С. М. Павленко, обнаружило непрочность торможения, слабость раздражительного процесса и ослабление внутреннего торможения.

Данные психологического исследования по методу «Классификация предметов». Больная долгое время не осмышляет инструкцию, рассматривает подолгу карточки, берет в руки гуся и говорит: «Здесь такого большого нет, это гусак, больше гусаков нет». Откладывает карточку в сторону.

Берет морковь: «Это морковка, ишь ты, какая красивая коротель, больше таких нет». Экспериментатор предлагает положить ее в одну группу со свеклой, больная протестует: «То морковка, а это свекла — бурак, они разные». Подумав, продолжает: «Можно из них борщ варить, и капуста туда». Ищет карточку с капустой: «Ее нет». Экспериментатор повторяет еще раз инструкцию, предлагая объединить подходящие предметы в одну группу. Больная кладет корову с козой, говоря: «Они вместе пасутся». Экспериментатор предлагает туда же положить медведя, больная испуганно возражает: «Что ты, он ее съест». Предложение экспериментатора объединить в одну группу кузнеца и уборщицу больная принимает: «Пусть их, это муж и жена, а где детки?» Ищет среди карточек, находит лыжника: «Это их сынок».

Раскладывание последовательных картинок.

Больная держит в руках картинку № 3, говоря: «Идут, а этот (на картинку № 5) едет в лес, знать, хотели ехать за дровами, поехали, а этот остался, этот домой хочет ехать». Берет в руки картинку № 4: «Здесь сломалось колесо». Разглядывает картинку № 1: «Много мешков наложили». Экспериментатор повторяет инструкцию. Больная обращается к картинке № 4 и гово-

Таблица № 3

ДАННЫЕ АССОЦИАТИВНОГО ЭК-ТА

Больная С.

Слово—раздражитель	1-е предъявление		2-е предъявление	
	латентный период в сек.	ответная реакция	латентный период в сек.	ответная реакция
Хлеб	2	Хлебушек	2	Бумага
Лампа	2,5	Свет	2,5	Светить
Пение	2,5	Хорошее	3,5	Петь
Колесо	1,5	Круглое колесико	3	Колесо.. не знаю
Красота	3,5	Не знаю	3	Не знаю
Война	3,5	Воюют	5	Молчит
Красный	3	Цвет	2	Цвет голубой
Воздух	5,5	В комнате	5	Воздух есть такой
Голубой	1,5	Синий	2,5	Голубой
Звонок	8	Звенит	3	Веселый
Гора	3,5	Гора высокая	4	Высокая
Луна	3,5	Круглая	3,5	Луна, солнце
Смех	8	Хохочут	3,5	Хохочут
Брат	2	Родной	2,5	Сестра
Лечение	3,5	Лечат больных	5	Не знаю
Топор	5	Дрова колют	4	Острый топор
Голова	3	Болит а	4,5	Голова
Бежать	3,5	Бежать	3	Стоит
Ягода	2	Складская или кислая	3,5	Кислая
Шуметь	2	Шум	3,5	Шуметь
Глубина	5,5	Не знаю	3	Глубоко в колодце

рит: «Дяденька поехал куда-то». Раскладывает картинки в следующем порядке: 5, 3, 4, 2, и 1-ю, объясняет: «Дяденька поехал куда-то, на дороге увидел вроде что-то, колесо свалилось, потом побежал, молоток, знать, понадобился, а этот (на первой картинке) стережет, чтобы не стащили». Об этом свидетельствует и выполнение нашими больными задания: «Соотнесение последовательных элементов». (Поломка и починка колеса). Больные руководствуются при этом отдельными, частными деталями картины, не увязывая их. Так, один из больных начинает сначала рассуждать по поводу упавшего колеса, но, увидев на следующей картине мастера с топором, говорит о нем, высказывает предположение по поводу того, куда мастер направляется с топором: «Вероятно в лес, дрова рубить».

Больной С. была предъявлена другая серия последовательных картинок, на которых изображено, как на мальчика, идущего через лес зимой в школу, нападают волки. Мальчик влезает на дерево. «Ишь ты, озорник!» заявляет больная: «Яблоки рвет, вот залез на дерево». Когда экспериментатор обращает внимание больной на снег и подсказывает, что зимой яблоки не растут, больная заявляет: «Да, действительно, как же я так, зачем он полез на дерево?»

И в этом задании б-ые уводятся привычными ассоциациями, имевшими место в их личном опыте. Лишь 5 больных из 80-ти смогли после наводящих объяснений экспериментатора сортировать карточки на основании обобщенного признака. Остальные же больные выполняли эту задачу в сугубо конкретном плане, аналогично приведенным иллюстрациям. Для 12-ти из них сама задача классификации осталась недоступной.

Данные ассоциативного эксперимента, проведенного с 20-ю больными этой группы обнаруживают (см. табл. № 4) высокий латентный период (от 3,5 до 15,5). Содержание ассоциаций носило мало обобщенный характер. Часто обнаруживался отказ от реакций. Остальные ответные реакции являлись часто повторениями. Нередко ответные реакции носили характер определений, т. е. являлись адекватными реакциями, но не обобщенными. Таким образом, содержание ассоциации больных было скудным. О бедности ассоциаций свидетельствует и тот факт, что при повторном предъявлении слов-раздражителей больные, как правило, отвечают прежней реакцией.

Таким образом, описанный нами вариант нарушений процесса обобщения заключается в том, что в мыслительной деятельности больных доминируют, в основном, непосредственные представления о предметах и явлениях. Оперирование общими признаками заменяется у них установлением частных, сугубо конкретных связей и отношений. Вместо словесно-логических ассоциаций выступают ассоциации узкие, не выходящие за пределы привычных представлений. Поэтому суждения этих больных о предмете не включают в себя всего того существенного, что дей-

ствительно к нему относится. «Синий побежал, а этот в красной рубашке остался. И куда он бежит, а колесо-то так и валяется. Муки-то много нагрузили, вот и сломалась телега, не посмотрели, не по-хозяйски».

Приведенные способы решений экспериментальных заданий свидетельствуют о том, что больные не выделяют какого-нибудь общего признака, а руководствуются лишь частными признаками. Так, больной Д. в опыте на «Классификацию» не может объединить кошку с собакой, так как он видел,что «они враждуют». Задача классификации, задача, требующая отбора признаков, их сопоставления и объединения не существует для него. Когда он видит карточку, изображающую платье и уборщицу, у него возникает ассоциация: «Женщина носит платье». Ассоциация же — «Женщина — живое существо», или «Платье — одежда», т. е. связь логическая не устанавливается.

Еще резче выступает узкий круг связей у больной С., которая объединяет в одну группу только те предметы, которые являются элементами привычной для нее ситуации. (Например, она может объединить морковь и свеклу, «если из них варят суп»).

Образец такого поведения приводится А. А. Токарским в его статье «О глупости». Речь идет о глупце из народной сказки, которого побили за то, что он смеялся во время пожара, внушив ему при этом, что огонь надо заливать водой. Когда глупец увидел на следующий день, как люди обжигают на костре свинью, он схватил ведро с водой и вылил на костер, и был снова побит.

Токарский замечает при этом, что глупец понял наказ, запомнил его, сделал заключение, но не усмотрел при этом существенно изменившихся условий. «Глупец, — замечает он, — видит и слышит не то, что существует в действительности, а лишь малую часть его».

Выйти за пределы привычных, конкретных, имевших место в их личной жизни, круга связей больные не могут. Решающим для их суждений является совокупность всех конкретных признаков, от которых они не могут отвлечься. Эта невозможность отвлечения от совокупности конкретных признаков и деталей приводит к тому, что больные не могут правильно решить задачу, если она требует сопоставления этих признаков, оттормаживания одних, выделения других. Из-за этого крайне суженного круга ассоциаций, малого круга знания и умений больные крайне ограничены в возможностях и могут действовать лишь при некоторых, жестоко предопределенных условиях.

Резюмируя, можно сказать, что мыслительная деятельность подобных больных несовершенно отражает окружающие их связи и явления, ибо полноценный процесс отражения объективных свойств и закономерностей вещей всегда предполагает умение абстрагироваться от конкретных деталей. Указывая, что человеческое познание представляет собой переход от чувственного созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике,

Данные ассоциативного эксперимента (вариант 1)

№ п/п	Фамилия больного	Диагноз	Латентный период в секундах
1	К.	Травматическое поражение головного мозга	3,5—3,5
2	Д.	Остаточные явления перенес. в детстве менингоэнцефалита	4,5—10
3	С.	Эпилепсия	3,5—4,5
4	У-на	Эпилепсия	2,5—9,5
5	Кир-за	Травм. энцефалопатия	3,5—10
6	К-на	Олигофрения	4,5—11
7	С-в	Олигофрения	3—10,5
8	К-в	Травм. поражение мозга	3,5—8
9	Р-в	» »	1—3,5
10	Ш-на	Эпилепсия	6—7,5
11	Л.	Травм. поражение мозга	3,5—7
12	Ш.	Эпилепсия	4,5—6
13	Л.	Олигофрения	5,5—8
14	К.	Остаточн. явления перенесенного в детстве менингоэнцефалита	4,5—8,5
15	К-в	Травм. поражение мозга	3,5—7,5
16	С-в	Эпилепсия	4,5—5,5
17	Г-в	Эпилепсия	7,5—8
18	К-в	»	3,5—6,5
19	Кл-в	Олигофрения	4—6,5
20	С-ва	Олигофрения	3,5—6,5

у 20 больных со снижением уровня обобщения

Таблица № 4

Ответные реакции на 21 слово-раздражитель				Персеверации при 2 м и 3 м предъявлении раздражителя
обобщение	определения	синонимы	отказ от реакции	
6	8	4	3	10
4	3	10	4	11
10	9	2	—	15
10	4	7	—	8
4	5	8	4	12
9	10	—	2	9
7	12	1	1	17
4	4	10	3	9
4	12	5	—	11
3	6	10	2	14
6	9	4	2	10
10	5	6	—	8
7	11	3	—	10
7	7	4	3	13
10	3	5	3	9
10	5	4	2	3
5	7	6	3	8
7	5	5	4	9
9	8	2	2	5
4	10	3	4	8

Таблица № 4

Данные ассоциативного эксперимента (вариант 1) у 20 больных со снижением уровня обобщения

№ п/п	Фамилия больного	Диагноз	Латентный период в секундах	Ответные реакции на 21 слово-раздражитель: обобщение	определения	синонимы	отказ от реакции	Персеверации при 2-м и 3-м предъявлении раздражителя
1	К.	Травматическое поражение головного мозга	3,5—3,5	6	8	4	3	10
2	Д.	Остаточные явления перенес. в детстве менингоэнцефалита	4,5—10	4	3	10	4	11
3	С.	Эпилепсия	3,5—4,5	10	9	2	—	15
4	У-на	Эпилепсия	2,5—9,5	10	4	7	—	8
5	Кир-за	Травм. энцефалопатия	3,5—10	4	5	8	4	12
6	К-на	Олигофрения	4,5—11	9	10	—	2	9
7	С-в	Олигофрения	3—10,5	7	12	1	1	17
8	К-в	Травм. поражение мозга	3,5—8	4	4	10	3	9
9	Р-в	» »	1—3,5	4	12	5	—	11
10	Ш-на	Эпилепсия	6—7,5	3	6	10	2	14
11	Л.	Травм. поражение мозга	3,5—7	6	9	4	2	10
12	Ш.	Эпилепсия	4,5—6	10	5	6	—	8
13	Л.	Олигофрения	5,5—8	7	11	3	—	10
14	К.	Остаточн. явления перенесенного в детстве менингоэнцефалита	4,5—8,5	7	7	4	3	13
15	К-в	Травм. поражение мозга	3,5—7,5	10	3	5	3	9
16	С-в	Эпилепсия	4,5—5,5	10	5	4	2	3
17	Г-в	Эпилепсия	7,5—8	5	7	6	3	8
18	К-в	»	3,5—6,5	7	5	5	4	9
19	Кл-в	Олигофрения	4—6,5	9	8	2	2	5
20	С-ва	Олигофрения	3,5—6,5	4	10	3	4	8

В. И. Ленин подчеркивал, что акт обобщения представляет собой отход от конкретности. «Подход ума (человека) к отдельной вещи, снятие слепка (=понятия) с нее, *не есть* простой, непосредственный, зеркально-мертвый акт, а сложный, раздвоенный, зигзагообразный, *включающий в себя* возможность отлета фантазии от жизни».* Этот «отлет» от конкретных отношений осуществляется благодаря речевому мышлению.

Л. С. Выготский был первым из психологов, поставившим задачу изучения перехода от непосредственно чувственного обобщения к логическому понятийному мышлению. Исследования Л. С. Выгодского показали, что слово является не только носителем, но и инструментом обобщенного отражения действительности.

У наших же больных слово не выступает в качестве носителя обобщения. Оно остается по определению И. М. Сеченова «кличкой».

Останавливаясь в своей работе «Элементы мысли» на процессе образования понятия у ребенка, И. М. Сеченова указывает, что не всякое знание и пользование словами означает овладение его значением, что, хотя маленький ребенок может правильно употреблять такие слова, как растение, животное, оно является для него лишь общей «кличкой» для сходных предметов. Лишь пользование общим понятием приносит правильное понимание, лишь оно дает возможность «действовать», как выражается И. П. Павлов, — оно приносит человеку «чрезвычайную выгоду». Оперирование же «кличками» этого не дает. Они не являются полноценным инструментом мышления.

Исследования высшей нервной деятельности обнаруживают нейродинамическую основу описанных нами нарушений. Патофизиологические исследования, проведенные с рядом наших больных в лаборатории С. Д. Каминского, обнаружили слабость раздражительного процесса, нарушение его подвижности, слабость процессов внутреннего торможения. Эти данные находятся в соответствии с исследованиями проф. Красногорского над олигофренами, выявившими у последних слабость раздражительного процесса, выраженное последовательное торможение, слабость процессов внутреннего торможения. Естественно, что подобные нарушения высшей нервной деятельности должны были привести к образованию лишь узкого круга временных связей. Исследования, проведенные над умственно-отсталыми в Институте дефектологии Академии педагогических наук, А. Р. Лурия и его сотрудниками (С. Д. Хомская, О. К. Тихомиров, А. Л. Мещеряков) выявили нарушения нейродинамики двух сигнальных систем.

---

* В. И. Ленин. «Философские тетради», 1954г., стр. 336.

** И. П. Павлов. «Среды». Том 1. Стр. 239.

Описанный вид нарушения мышления может на первый взгляд показаться аналогичным несовершенному мышлению маленького ребенка-дошкольника. В действительности это не так: хотя маленький ребенок в своих суждениях тоже опирается на частные, в основном образно-чувственные связи, хотя он еще не владеет абстрактными понятиями, однако, ребенок способен образовывать новые понятия, круг его ассоциаций быстро расширяется, диапазон его знаний об окружающем мире постоянно увеличивается и усложняется. У больных описываемой группы процесс сбразования новых понятий нарушен, знания об окружающем скудны и несовершенны.

б) **Искажение процесса обобщения.**

Нарушение процесса обобщения принимает часто форму, являющуюся как бы антиподом только что описанного. Клинически такое нарушение определяется, как бесплодное мудрствование, как выхолощенное резонерство.

Больные, у которых мы обнаружили искажение процесса обобщения, относились большей частью к группе параноидной формы шизофрении. При описании их психического состояния отмечалось, что они живут в мире своих бредовых переживаний, не интересуются реальной обстановкой. Речь больных носит вычурный характер, изобилует штампованными фразами. Подобные больные многоречивы, пытаются к незначительным, обыденным явлениям подходить с «теоретических позиций». Так, например, говоря о шкафе, один такой больной назвал его «ограниченной частью пространства». В беседе такие больные способны затронуть любые вопросы общего характера, но не могут просто ответить на конкретный вопрос. Так, рассказывая о товарище, которого он характеризовал, как доброго человека, больной прибавляет тут же: «Что такое добро и зло? Это определение относительно, положительное и отрицательнсе, как вопрос об электронах и вселенной», «Плохо — это качественная сторона, значит, надо хорошую. Но плохое может сойти за хорошее, противоположности не бывает».

Приводим для иллюстрации несколько выписок из историй болезни этой группы больных.

Больной П. (история болезни д-ра Гоголева).
1927 г/р. Диагноз: шизофрения.

До 1950 года был практически здоров. Рос и развивался нормально. В школе и институте учился хорошо, работал в Доме народного творчества. В 1950 г. начал рассказывать, что на работе его травят, за ним следят, вокруг переодетые агенты, заявил, что он «приключен» к радиосети.

Психический статус: ориентирован, вял, временами сам с собою разговаривает, нелепо жестикулирует, смеется, дурашлив, манерен, гримасничает. Временами возбужден, агрессивен, кричит, чтобы его «отключили», он включен в радиосеть, «голова его превращена в грандиозную приемо-передаточную станцию». Окружающие знают его мысли.

После проведения инсулинозой терапии состояние изменилось. Исчезли идеи отношения, поведение стало упорядоченное, стал более общительным, доступным.

Данные экспериментально-психологического исследования. В опыте на «классификацию предметов» больной объединяет карточки следующим образом:

1) Лыжник и свинья, объясняя: «Это означает противоположность зимы и лета; зима — это мальчик на лыжах, а свинья на зелени».

2) Карандаш и козел: «Обе картинки нарисованные карандашом».

3) Самолет и дерево: объясняет: «Это небо и земля».

4) Жук и лопата: «Лопатой землю роют и жук тоже копается в земле».

5) «Кошка на столе и слива тоже на столе».

6) Тетрадь, диван, книга: «На диване можно заниматься».

7) Часы, велосипед: «Часы измеряют время, когда едут на велосипеде, тоже измеряется пространство».

8) Вилка, лопата, стол: «Это все твердые предметы, их не легко сломать».

9) Кастрюля, шкаф: «Здесь есть отверстия».

Экспериментатор: «А может можно по другому разложить?» «Да», разрушает прежние группы, складывает в одну группу куст, кастрюлю, козла, объясняя: «Все начинаются на букву «к»

Не менее своеобразен и способ выполнения больным задания: «Исключение 4-го элемента».

В серии, где нарисованы три вида часов и монета, заявляет: «Здесь ничего неподходящего нет, это нужно уточнить. Если взять первую карточку, у них у всех мера делимости, у них неподходящности нет совсем. Каждый предмет служит для выполнения определенных функций. Если возьмем монетку, то она служит мерой делимости, это принятое в человеческом сознании единое соизмерение чего-либо. Монета определяет ценность человеческого труда, часы определяют время». При необходимости выделения неподходящего предмета в группе: «Часы, очки, весы и термометр», больной заявляет: «Ведь с точки зрения философской все преходяще, часы указывают на ускорение времени, на то, что все течет, все в движении — их надо выделить».

Определение понятия больным П.

Больной определяет слово «стол» следующим образом:

«Стол название непосредственно общежитейское. Предметы по отношению друг к другу будут считаться как мертвыми. По сравнению с природой можно сказать, что его делают из дерева, а дерево растет, оно существует в природе. Здесь оно погублено и несуществующее, стоящее неопределенным предметом, оно имеет в виду и качество и количество». Этим определением больной ограничивается и помимо того, что «стол мертвый предмет» и рассуждений о «загубленном дереве» он ничего не говорит в отноше-

Таблица № 5

Больной А. П-в

Слово-раздражитель	1-е предъявление: латентный период в сек.	1-е предъявление: ответная реакция	2-е предъявление: латентный период в сек.	2-е предъявление: ответная реакция
Хлеб	3	Еда	3	Еда
Лампа	1,5	Свет	1,5	Лампочка
Пение	2	Нет		
Колесо	1,5	Колесница	2	Колесит
Красота	2	Красят		
Война	3	Воевать	2	Отечественная
Красный	1,5	Петух		
Воздух	1,5	Воздушный	3	Воздух, солнце и вода
Развитие	3	Развит	2	Развит
Голубой	2	Голубой	2,5	Синий
Звонок	2	Звенит		
Пещера	1,5	Пещинка	2	Песок
Бесконечность	1,5	Без конца	2	Конец
Луна	3	На небосклоне	2	Круглая
Брат	1,5	Родные		
Лечение	2	Течение	1,5	Врач
Топор	1,5	Бор	3	Колун
Падение			1,5	Высота
Голова	2	Мозг		
Бежать				
Обман	1,5	Зрение	1,5	Зрение
Игра				
Сомнение	2	Глинка	3	Ария
Цель	2	Оправдывает средства	3	Бесцельно
Шуметь	1,5	Шумел пожар Московский		
Глубина	2	Моря	2	Озера

нии конкретных указаний на предмет, который он определяет.

Выхолощенный характер суждений больных обнаруживается и в эксперименте «соотнесение фраз к пословицам». В этом задании больные должны объяснить смысл пословицы и отнести к ней адекватную фразу. Больные часто правильно выполняют задание, однако при попытке объяснения смысла пословиц испытывают затруднения: так, например, правильно подобрав фразу к пословице «Не все то золото, что блестит», больной при этом добавляет: «Все же надо сказать, что не все то золото, что блестит— это пословица отдельная, вернее сказать, она скоро изживет себя: здесь происходит обесценивание золота, как металла, это с точки зрения философской; сущность не в золоте, нужно, чтобы другой металл, не столь презренный, как золото блестел и принес больше пользы человеку; луч света, падая на стекло, блестит, это тоже приносит пользу здоровью, ну, там всякие радиоизменения, ну, а в общем, не надо смотреть так с чисто поверхностной стороны».

Ассоциативный эксперимент табл. № 5 обнаруживает бессодержательный характер ответных реакций, эхолалические ответы (колесо — колесница; война — воевать); ассоциации по созвучию (лечение — течение; топор — бор) и ответы, означающие часто встречающиеся речевые обороты — штампы (шумит — шумел пожар московский; цель — цель оправдывает средства; красный — петух), в некоторых случаях ответные реакции отсутствуют. При повторном предъявлении слов-раздражителей (вариант II) характер ответных реакций не меняется. Латентный период остается при этом невысок.

Выписка из истории болезни больного М.

Больной М., 1905 года рождения. Диагноз: шизофрения. Параноидный синдром.

Больной в детстве развивался правильно. Окончил сельскую школу. В 1932 г. перенес малярию, оперировался по поводу аппендицита. После того, как выписался из больницы появились головные боли, быстро уставал. Изменился, в поведении стал более вялым, безразличным, периодами подозрительным, насторожен, временами никого не хотел видеть.

Лечился в психиатрической больнице в течение двух месяцев.

В 1942 г. был контужен, потерял ненадолго сознание. Периодически работал. С 1943 года не работает. Последнее время стал вялее, безразличнее, периодами слышал оклики; стал подозрительным, казалось, что рядом с ним идет кто-то, то за ним следят.

В 1952 г. больной стал чувствовать сильную утомляемость, мысли были «запутанные», не мог ничего делать, болела голова, был агрессивен к домашним, поступил в больницу им. Ганнушкина.

После проведенного лечения инсулином выписан с улучшением.

Психическое состояние: ориентирован, напряжен, недоверчив, малодоступен. Крайне многоречив. Речь несколько вычурная, запутанная. Бездеятелен. Эмоционально опущен. Бреда и галлюцинаций нет.

Речь больного витиевата, больной сложным образом выражает свои мысли. Например, больному зачитывается сюжет басни, в которой рассказывается о том, как галка, услыхав, что голубей хорошо кормят, выкрасилась в белый цвет и полетела к голубям, как голуби ее прогнали и как свои ее не приняли.

Приводим пересказ больного, записанный на магнитофоне:

«Приспособление птицы к лучшим условиям жизни других птиц. Она этого могла достигнуть путем маскировки, сообщив себе ту окраску, как птицы голуби, однако природа все равно выдала ее, не смогла обеспечить успехом, она забылась и вела себя по своей, т. е. принадлежности, как галка. И это ее провалило. Относительно пребывания у голубей... она уж больше продолжать не могла находиться, провалилась она. Это первая часть. Вторая часть, возвращение к своим, тоже там не приняли ее, так как считали, что она и к ним теперь не относится... не принадлежит, так как цвет ее окраски их насторожил и считают ее как чужой, эту галку и ее также».

Экспериментатор: «А мораль какова?»

«Да как не рисуется, как... как ни приспосабливайся, а в конечном счете, это все же провал обеспечен будет, провалится.

Экспериментатор: А как проще рассказать это?»

Б.: «Галка полетела к голубям, потому что там хорошо кормят, хорошо кормят и уход, видимо, вообще уютно, там домики, голубятни. У галки, конечно, всего этого нет. Это прельстило ее и она решила попасть в такие же условия. Чтобы все это получилось, она решила перекраситься.Поела хорошо, она привыкла, ее приняли, но забылась: гаркнула по-своему, то-есть каркнула. Это ее выдало обстоятельство, ее, значит, выгнали. И вернувшись к своим, там ее тоже... явилась как бы чужой. Ну, а мораль я уже сказал. Это как примерно, все равно, что... Еще можно привести аналогичные... «И ангелы» — что-то не помню, из греческого есть — меня не приняли и ад отверг меня. И ад не принял меня и ангелы отвергли». В общем ни рыба, ни мясо получилось».

В эксперименте на классификацию предметов больной составляет следующие группы: 1) животные, 2) лебедь, 3) лопату объединяет в одну группу с велосипедом: «И здесь и там есть металл», 4) объединяет автомашину, пароход, телегу и человека, объясняя—это система явлений, которые движутся; самая малая скорость исходит от человека, а самая скорая от поезда», 5) следующая группа у него состоит из лошади, гриба, стула и карандаша — «здесь связь органическая с неорганической по законам отрицания».

Ассоциативный эксперимент обнаруживает выхолощенный характер ответных реакций больного, ассоциации возникают по созвучию (топор — Топорков; пещера — почему). Иногда вместо ответной реакции больной называет буквы слова-раздражителя. (См. табл. № 6)

Задание—раскладывание последовательных картинок—больной правильно и быстро выполняет.

Соотнесение пословиц: больному было предложено объяснить пословицы: «волков бояться — в лес не ходить», «цыплят по осени считают», «не все то золото, что блестит». Объяснение последних 2-х пословиц, записанное на магнитофоне мы приводим ниже. Здесь же ограничимся лишь тем, как больной объясняет поговорку «волков бояться—в лес не ходить». Больной правильно относит к ней фразу: «каждое дело сопряжено с известным риском» и тут же продолжает объяснение: «Однако, не всегда эта пословица уместна; правда, с точки зрения биологической волк — плотоядное животное, питается сырым мясом, не брезгует и кровью овец. Но их точка зрения, т. е. их сущность не всегда отличается жадностью, когда они сыты — они проходят мимо овец и людей. Значит в этой пословице не все верно с точки зрения биологической, но с философской — это правда: ведь материальная волчья сущность на протяжении столетий воспитывалась природой, как таковая, заставляет опасаться в том окружении древесном, т. е. в лесу».

Приведенные экспериментальные данные показывают, что суждения больных этой группы отражают лишь случайную, поверхностную сторону явлений. Особенно четко это обнаружи-

вается в опыте на классификацию предметов. Больные способны к выделению общего признака, но последний является до того общим, что, в конечном счете, не отражает истинных конкретных отношений между предметами.

Таблица № 6

Слово—раздражитель	1-е предъявление		2-е предъявление	
	латентный период в сек.	ответная реакция	латентный период в сек.	ответная реакция
Хлеб	13	Зерно	2	Есть
Лампа	4	Лопух	3	Керосин
Пение	20	Тление	12	Голос
Колесо	3	Колос	3	Колос
Красота	4	Красивый	5	Красивый
Война	10	Защита	5	Защита
Воздух	2	Дышать	3	Дышать
Развитие	15	Называет буквы р..а..з	7	Раз-два
Звонок	12	Войдите	4	Войдите
Пещера	15	Почему	7	Не знаю
Бесконечность	7,5	Без конца		
Луна	7	Освещает	6	Светит
Брат	5	Родной	4	Родной
Лечение	7	Вылечивать	165	Здоровье
Топор	3	Топорков	1,	Топор
Падение	8,5	Томление	4	Упал
Обман	12		2	Аферист
Голова	4	Думать	7	Мысль
Сомнение	20	Сом рыба	8	Сомневаться
Игра	10	Забава	6	Шахматы
Цель	5	Мишень	2	Цена
Глубина	4	Море	4	Река
Жестокость	4	Злой	16	Злой
Совесть	4	Добродушный	8	Стыд

Так, больной Д. понял, что надо выделить обобщенный признак, по которому следует объединить предметы, но выделяет его, исходя из высоких «теоретических» позиций: адекватную сортировку карточек на «животные, растения, люди» он считает «обывательской».

Точно таким же неадекватным является и способ решения больного М., когда он объединяет вилку, стол и лопату по принципу «твердости». Конечно, «твердость» является признаком, характерным и для вилки, стола и лопаты, но этот признак является настолько общим, что выходит за пределы содержательной стороны явлений. То же самое можно сказать по поводу объединения в одну группу лошади, гриба и карандаша по признаку связи «органического с неорганическим». Любые отношения сближаются даже в тех случаях, когда они бессмысленны. Реальные различия и сходства между предметами не принимаются во внимание и не служат контролем и проверкой суждений.

Таблица № 7

Сравнительная характеристика ассоциаций больных обеих подгрупп

	Количество больных	Количество ответных реакций	Характер ответных реакций				
			определения	сипонимы	ответы по созвучию	экстра сигнальные	персверации при 2-м предъявлении
I подгруппа	15	300	111	83	—	31	166
II подгруппа	15	300	39	10	125	66	83

Тот временный «отлет» от конкретных значений, который присущ всякому обобщению, приобретает здесь утрированный, почти гротескный характер. Не только отдельные детали, но и более существенные отношения отступают на задний план, все многообразные конкретные, полнокровные связи не учитываются. «Кусочек фантазии» гротескно разрастается. Ведущим в мышлении больного становится случайные ассоциации, носящие выхолощенный характер.

В таблице № 7 приводится характеристика ассоциаций больных обеих подгрупп. В то время как для ответных реакций больных первой подгруппы характерны ответы типа определений, тавтологий, персевераций, ответы больных описываемой подгруппы характеризуются наличием ассоциаций по созвучию, экстрасигнальных ответов.

Особенно отчетливо выступает выхолощенный псевдоабстрактный характер ассоциаций больных в методе пиктограмм (больной рисует для запоминания слов «теплый ветер» два треугольника, для запоминания слов «веселый ужин» — кружки в строку). Другой больной этой группы, историю болезни которого мы не привели, рисует для запоминания слова «сомнение» — рыбу сома, для запоминания слова «разлука» — лук.

И. П. Павлов неоднократно предостерегал, что пользование речью — это наше преимущество, но что оно вместе с тем таит в себе возможность отрыва от действительности, отрыва в бесплодную фантазию, если за словом не стоят «ближайшие» проводники действительности. Логика течения мысли должна контролироваться практикой, или, по образному выражению И. П. Павлова, «госпожей действительности».

У наших больных образовавшиеся словесно-логические связи не контролируются непосредственно данными конкретными отношениями. Если в образовании понятий 1-й группы больных связи второй сигнальной системы не занимают доминирующего значения, то у данной группы больных происходит обратный процесс: связи первой сигнальной системы мало влияют на процесс обобщения.

Резюмируя, можно сказать, что единый процесс отражения искажается как-бы с двух сторон: содержание ассоциаций у одной группы больных не выходит за пределы частных единичных связей. Полученные ими непосредственные впечатления не синтезируются. Мышление же больных 2-й подгруппы не возвращается к конкретному содержанию вещей.

* * *
*

На существование подобных двух вариантов нарушений процесса обобщения мы указывали в наших ранних работах совместно с Г. В. Биренбаум. На выхолощенность мышления больных

шизофренией указывал и Ф. В. Бассин, когда он образно называл мышление больных шизофренией «смысловой опухолью».

Однако, указывая, что нарушение обобщения может выявляться в различных формах: чрезмерно конкретной и квазиабстрактной, мы делали неправильный вывод: нам казалось, что этими двумя подвидами исчерпывается все нарушение мышления, что нарушение мышления и состоит в распаде понятий. Между тем, данные настоящего исследования показывают, что нарушение процесса обобщения является, хотя и типичным, но лишь одним из его вариантов.

ГЛАВА III

НАРУШЕНИЕ ЛОГИЧЕСКОГО СТРОЯ МЫШЛЕНИЯ

Как мы уже говорили во введении, признание рефлекторной основы психических процессов обнаруживает их процессуальный характер.

В процессе мысли всегда происходит переход от одних данных к другим, посредством одних наблюдений, фактов и суждений человек познает другие, более отдаленные, скрытые от непосредственного познания. Осуществление этого перехода связано с наличием более или менее длинной цепи рассуждений. Последовательность суждений, умозаключений является необходимым условием для опосредования, т. е. для той особенности мышления, которая характеризует его, как высшую ступень познания действительности.

При исследовании нарушений мышления мы обнаружили нарушения этой процессуальной стороны мышления, которые носят характер динамических нарушений. Они возникают по множеству различных причин и принимают в клинике самые разнообразные формы: они могут проявиться в одних случаях в виде так называемой «скачки идей» маниакального больного, в других — в виде «вязкости» мышления эпилептика, в «непоследовательности суждений» травматика, в «соскальзываниях» шизофреника и т. д.

Переходим к их описанию.

1. ,,Скачка идей''

Нарушения мышления в виде «скачки идей» мы наблюдали у 15 больных в маниакальном и гипоманиакальном состоянии.

Как правило, экспериментировать с больными в маниакальном состоянии не представляется возможным из-за резко выраженной отвлекаемости больных, которая исключает их фиксацию на экспериментальной ситуации. Экспериментально удается обследовать больных только в разных степенях гипоманиакального состояния, при котором можно отметить некоторые патологические изменения их мыслительной деятельности. Осмышление ситуации, возможность анализа и синтеза у этих больных часто не нарушены, однако при выполнении любого экспериментального задания наступает п о в е р х н о с т н о с т ь суждений. Больные

мало задумываются, все им сразу понятно; они не вникают в глубокий смысл задания; так, например, при сравнении понятий они часто отмечают сходство и различие по внешним признакам; на вопрос — в чем общность и различие между словами «стол» и «стул» — больной (со средним образованием) отвечает: «у них общее то, что и у стола и у стула —4 ножки, разница — у стула спинка есть, а у стола нет». Но этот же больной дает тут же правильный и обобщенный ответ, если заставить его подумать. При раскладывании картинок в последовательном порядке такого типа больные почти мгновенно могут понять общий сюжет этого рассказа, но вместе с тем, при инструкции последовательно разложить рисунки, допускают ошибки, раскладывая их в любом порядке. При соотнесении фраз к пословицам больные в гипоманиакальном состоянии быстро раскладывают фразы по сходству слов, а не по смыслу, хотя по существу эта интеллектуальная операция вполне им доступна. Если обратить внимание больных на неправильность ответов, они легко их исправляют. Но не только известная поверхностность суждений характеризует мыслительные процессы больных в гипоманиакальном состоянии. У них ясно выступает убыстрение течения ассоциаций, что приводит к значительной многоречивости. Отдельные слова вызывают новые мысли, которые они тут же высказывают; любое возникающее представление получает свое отражение в речи больных. Если это убыстрение мыслительной динамики выражено очень резко, то б-ые не фиксируются на экспериментальных заданиях, касаются их лишь на отдельные промежутки времени, чтобы перейти уже к другим мыслям. Так, прекрасно понимая смысл пословицы, больные не могут ее объяснить. Нередко какое-нибудь слово пословицы вызывает «цепочку» ассоциаций; иногда они, не объяснив пословицы, приводят понятный пример из жизни, подходящий к ней, этот пример напоминает им еще что-нибудь сходное, и мысль больных протекает в случайных направлениях. Так, например, больной в гипоманиакальном состоянии объяснил пословицу: «Не все то золото, что блестит»—«Золото—это прекрасные золотые часы мне подарил брат, он у меня очень хороший, когда мы вместе учились, мы ссорились, но потом мы жили мирно. Брат очень любил театр, мы видели с ним пьесу...» и т. д. Но возможны и другие варианты, когда больные в своем объяснении опускают какое-нибудь одно звено. Так, например, другая больная сразу поняла смысл этой же пословицы и в качестве примера, как потом удалось выяснить, хотела привести случай, когда яблоко на вид хорошее, а внутри гнилое; однако больная этого случая не рассказала, а сразу начала говорить: «Яблоки, конечно, бывают червивые, вот, например бывают такие сорта яблок, когда, никогда этого не подумаешь, у нашей соседки мичуринские яблоки, конечно, развитие мичуринского учения имеет большое значение» и далее следуют уже разные воспоминания о знакомых мичуринцах и т. п.

Нередко нарушение логического строя мысли носит у больных в гипоманиакальном состоянии несколько иной характер. Больные очень быстро и правильно решают мыслительное задание, но сразу же после этого начинается речевой поток, уже совершенно не связанный с выполнением задания. Больного удается остановить, предлагают следующее задание, которое больной снова правильно выполняет, а затем снова отвлекается чем-нибудь, что-то рассказывает: такое чередование правильных решений и нелепых высказываний может длиться в течение всего исследования. Правильное и быстрое разрешение задания как бы включено в цепь по различным руслам текущих мыслей и высказываний. Само умственное задание как-бы «точкообразно» и правильно выполняется, а затем наступает новый и новый речевой поток, отражающий общее состояние повышенной активности больного. Особенно резкие отклонения обнаружены в эксперименте на объяснение пословиц. Больная, находящаяся в гипоманиакальном состоянии сравнивает две пословицы: «Ум хорошо, а два лучше» и «Живи своим умом». Она легко и быстро улавливает противоположное значение этих пословиц: «Это разные пословицы, здесь один ум дополняет другой, а вторая поговорка означает, что нужно уметь отстоять свое личное мнение». Однако, быстро поняв различие приведенных двух пословиц, сразу же после этого правильного объяснения продолжает свой речевой поток: «Артельное, конечно, лучше, чем индивидуальное, в нашем колхозе в прошлом году был хороший урожай, отец-тракторист убрал сверх плана много ржи..., и я написала ему, я люблю работать в поле».

Нарушение логического строя мышления подобного рода больных выступает не менее резко при выполнении экспериментальной пробы: «Классификация предметов». Больные сразу понимают инструкцию, начинают правильно сортировать на группы, часто по довольно обобщенному признаку, но любая возникшая ассоциация направляет ход их мышления в иные русла. Так, один из наших больных, образовав группу животных, выделив группу людей, т. е. выполнив задание на уровне правильных обобщений, вдруг, увидев кузнеца, стал декламировать: «Мы кузнецы и друг наш молот, люблю... старые революционные песни, песня— наш друг, а есть здесь среди картинок, напоминающих песню, искусство вообще? Да, картинки неважно нарисованы, кто вам их рисовал, художник? От слова «худо», — смеется, держит в руках картинку и не выполняет задания. Когда экспериментатор просит его обратиться к заданию, больной продолжает сортировать картинки, но уже не возвращается к прежнему принципу, а исходит из новых, возникших у него, ассоциаций: «Куда мне девать кузнеца, ведь здесь нет кузницы», увидев лошадь — «пусть подковывает ее». Экспериментатор: «Вы же начали иначе раскладывать» Больной: «Да, я хотел людей отделить от животных» и продолжает правильно раскладывать по обобщенному признаку

Следовательно, больному был доступен смысл задания, боль-

ше того, он мог выполнить его на обобщенном уровне, но любой раздражитель, будь то слово, произнесенное им самим, или экспериментатором, будь то наглядный раздражитель, вызывал любые ассоциации и уводил от непосредственного задания.

Суждения здорового человека, выполняющего какие-нибудь действия, возникают в зависимости от конкретного содержания задачи, от условий задачи, неадэкватные же ассоциации оттормаживаются. У наших же больных не образуется, очевидно, этот нормальный процессс оттормаживания неадэкватных реакций. Об этом свидетельствуют и данные ассоциативного эксперимента. Как видно из сводной таблицы (№ 8)

Таблица № 8

Сводная таблица ассоциативного эксперимента 10-ти больных в гипоманиакальном состоянии

	Латентный период	Многословные реакции	Ненаправленные реакции	Персеверации
1. Сам-в	1,5—2	13	6	3
2. К-к	1—2	5	8	2
3. Бер-н	1—2,5	13	10	4
4. Чип-н	1—1,5	14	8	—
5. Кр-й	1—2,5	16	11	3
6. Л-ва	1,5—2	7	3	4
7. Сер-ий	1,5—3	8	—	5
8. Чер ко	1,5—2,5	10	—	6
9. Яб-ий	1 —2,5	11	7	—
10. М-в	1 —2,5	13	9	7

1) Ответные реакции больных носят многословный характер. Инструкция отвечать одним словом оказалась для них временами невыполнимой.

Многословность является превалирующей реакцией. Так, у больных: П-ва, С-ва и М-з они встречаются в 13 -ти случаях из 20-ти ответных реакций, у больного К-й даже в 16-ти случаях.

2) Ассоциативный эксперимент обнаруживает большое количество ненаправленных ответов в варианте III-м ассоцативного эксперимента

4) Латентный период реакции равен 1,5 — 2,5, т. е. приближается к норме.

Сопоставление приведенных экспериментальных даннных позволяет думать, что в основе этого вида нарушений лежит повышенная лабильность корковой нейродинамики. Процесс концентрации раздражительного процесса, возникающий при выполнении задания, не вызывает отрицательной индукции, а патологическую иррадиацию.

Нам кажется достойным внимания тот факт, что у ряда боль-

ных, у которых наблюдались многословные реакции, имели место ответы типа персевераций; факт, отмеченный Ашафенбургом, М. Я. Серейским и др. Это свидетельствует, очевидно, о том, что длительное возбуждение в речевых областях приводит на каком-то отрезке времени к торможению в этих областях.

§ 2. Вязкость мышления

Антиподом описанного нарушения является тот тип нарушений мыслительной деятельности, который известен в клинике, как «вязкость» мышления, когда больные не могут менять способа своей работы, переключаться с одного вида деятельности на другой. Этот тип нарушений мыслительной деятельности описывается часто у больных эпилепсией; однако, нередко, хотя и в менее выраженной форме, мы наблюдали его у больных с отдаленными последствиями травм головного мозга, в клинической картине которых преобладало стойкое снижение интеллектуальной деятельности; течение заболевания подобной группы больных регредиентное. Д. Е. Мелехов отмечает, что подобные больные иногда в состоянии работать, но делают это с частыми срывами, теряют прежнюю квалификацию и выполняют работу, не требующую приобретения и использования новых знаний. В психоневрологическую больницу они поступают с декомпенсацией дефекта в связи с употреблением алкоголя, с жизненными неприятностями. При описании психического состоянии в историях болезни отмечалась бездеятельность больных (они не принимали участия в трудовых процессах, не читали газет, не слушали радиопередач, не проявляли интереса к жизни отделения). Больные отличались забывчивостью, плохо помнили даты личной и общественной жизни. Все поведение больных, их ответы носили замедленный характер; запас прежних знаний часто был утрачен.

На фоне такого интеллектуального снижения часто выступали астенические черты: больные были невыносливы к резким раздражителям, раздражительны, жаловались на бессонницу.

Приводим для иллюстрации больных этой группы сведения из истории болезни больного Т.

Больной Т. (ист. болезни д-ра Л. Н. Балашовой), 1909 г. р, образование среднее. Диагноз: травматическая энцефалопатия со снижением интеллекта и астенизацией личности. В 1941 г. перенес контузию без выраженных последствий, в 1952г. — ушиб головы с кратковременной потерей сознания. Резко ухудшилось состояние, появились упорные головные боли, бессонница, раздражительность.

Ориентирован. Держит себя просто, подчиняется режиму. Жалуется на упорные головные боли, бессонницу. Невынослив к резким раздражителям. Круг интересов обеднен, не читает газет, не интересуется радиопередачей, больной признан неработоспособным.

Физиологическое исследование, проведенное В. М Каменской, обнаружило слабость раздражительного процесса, слабость внутреннего торможения, инертность раздражительного процесса.

Психологическое исследование обнаруживает замедленность усвоения: лишь после троекратного повторения больной понимает инструкцию. В опыте на «последовательное раскладывание картинок» больной долго раздумывает: «Ехал дядя на телеге. Где он начинает ехать? Везде поломана здесь ось. Вот начало (№3). Пришел возчик к кузнецу и говорит: «сломалось колесо». Здесь чинят. (№ 4). Починил и поехал (№ 5). Ну, а эти... Нет, неправильно». Держит в руках № 1, здесь он беспокоится. «Вот начало (на № 3), вот чинят (на № 4) и вот починили (№ 5). Опять не так. Как же это я?

Пять раз больной раскладывал серию картинок и все пять раз начинал с картинки № 3, пока экспериментатор не предложил ему начать с № 1. Только тогда больной выполнил правильно задачу и последовательно передал сюжет. Таким образом, трудность при выполнении этого задания заключалась для больного в том, что, обозначив в качестве первого этапа сюжета картинку № 3, больной не мог при последующем выполнении начать с другой, несмотря на то, что он оценивал свое решение как неправильное.

Трудность переключения обнаружилась и в опыте на «Классификацию предметов». Больной долго рассматривает картинки, перекладывает их с места на место, образует следующие группы: «Обстановка комнаты (относит в эту группу мебель, весы); посуда, домашние животные, звери, птицы, транспорт (сюда же относит и моряка: «он при пароходе»); рабочие люди (врач, кузнец, уборщица), цветы, деревья. Не знает, куда отнести жука, рыбу, лыжника, кустарник, термометр. Экспериментатор объясняет ему, что некоторые группы можно объединить. Больной долго думает. Экспериментатор предлагает образовать группу людей и отнести туда же лыжника, а также объединить все виды растений. Больной соглашается и сам добавляет: «Правильно. Зря я так много групп сделал, можно многое объединить, как же я не догадался?»

Приступает к выполнению задания, образует группы: «обстановка комнаты», посуда, животные (объединяет домашних животных, диких зверей и птиц); растения (объединяет деревья и цветы, но не включает кустарник); люди (врач, кузнец, уборщица, лыжник); моряка опять присоединяет к пароходу: «он при пароходе». Жук, рыба, кустарник, термометр остаются нераспределенными; весы опять попадают в группу обстановки. Экспериментатор просит проверить, правильно ли он сделал. Больной рассматривает все карточки, не вносит исправлений; когда же экспериментатор предлагает ему отнести рыбу к животным, больной не протестует; точно так же он соглашается отнести моряка в группу людей. Однако, когда его просят в третий раз проверить классификацию, больной опять пытается отнести моряка к пароходу, отделить деревья от цветов, опять весы относит к мебели. Он не в состоянии переключиться от принятого им способа решения на другой.

Таблица № 9

Ассоциативный эксперимент — вариант II. Больной Т.

Слово-раздражитель	1-е предъявление		2-е предъявление		3-е предъявление	
	латентный период	ответная реакция	латентный период	Ответная реакция	латентный период	ответная реакция
Хлеб	2	Не знаю	2	Ноги	3	Верно
Лампа	2	Керосин	2	Керосин	14	Электричество
Пение	4	Музыка	8	Музыка	3	Музыка
Колесо	5	Вертится	2	Телега	14	Телега
Красота	12	Счастье	5	Счастье	—	—
Война	3	Убийство	4	Убийство	13	Грабеж
Воздух	3,5	Здоровье	5	Здоровье	6	Чистота
Развитие	3	Здоровье	3	Здоровье	6	Не знаю, здоровье
Звонок	10	Сигнал	12	Мускулы	15	Раздражение
Пещера	3,5	Убежище	12	Убежище	4	«Устал я»
Луна	11	Хижина	6	Месяц	18	Не знаю
Брат	2	Родственник	3	Родственник	17	Не знаю
Лечение	3	Здоровье	3	Сестре		
Топор	5	Дрова рубить	4	(Не могу), голова заболела	15	Не знаю
Голова	12	Ум	15	Ум	10	Не знаю
Ягода	13	Какая	7	Голова	10	Не знаю
Обман	3	Ложь	13	Ложь, не знаю	12	Это ложь
Игра	3	Развлечение	10	—	—	—
Цель	4,5	Развлечение	2	Победа	17	Победа
Жестокость	3	Издевательство	15	Издевательство	21	Не знаю
Глубина	10	Не знаю, глубина	10	Не знаю	10	Не знаю
Совесть	21	Мучение	15	Не знаю	10	Не знаю
Падение	17,5	Слабость	13	Несчастье	15	Не знаю

О застревании больного на прежних ответных реакциях свидетельствуют и данные ассоциативного эксперимента, которые обнаруживают (табл. № 9):

1) длинный латентный период (в среднем, 6,3 сек., в отдельных случаях он подходит до 15-21 сек.), а при повторном предъявлении до 15 сек. Инструкция: отвечать другим словом, чем при предыдущем предъявлении (3-е предъявление) приводит к значительному увеличению латентного периода (10,5 сек, в среднем) и к отказу от ответа: «не знаю»;

2) ограниченный круг возникающих ассоциаций. Ответные реакции больного сводились часто к названию функции предмета или к определению его типа: «колесо — вертится»; «облако — темно»; «топор — рубить».

3) наличие «запаздывающих» ответов. Так, ответив на слово «пещера» адекватным словом «убежище», больной на следующий раздражитель «луна» отвечает «хижина».

Временами эти «запаздывающие» ответы приобретают характер выраженных персевераций. Ответив на слово «игра» словом «развлечение», больной отвечает тем же словом на слово «цель»; на слово «ягода» он отвечает при повторном предъявлении «голова» (предыдущий раздражитель был слово «голова». Часто ответная реакция отсутствовала, больной отвечает: «не знаю»:

4) в варианте III, (где больной должен отвечать словом противоположного значения) ответные реакции отличались скудностью: как правило, больной ограничивается тем, что прибавляет отрицание «не» (скупой — не скупой, забывать — не забывать). Однако избирательный характер оставался устойчивым (Табл. 10)

5) в варианте VI (метод пиктограмм) больной образует чрезвычайно однотипные связи: для запоминания слов: «веселый праздник» больной рисует человека, несущего флаг; для слова «развитие» — большого и маленького человека; для слов «тяжелая работа» — человека с тачкой; для слов «темная ночь» — он не в состоянии придумать рисунка: «как же я изображу человека и темноту?»

Таким образом, мыслительный процесс этой подгруппы больных характеризуется замедленностью, тугоподвижностью. Больные могут обобщить материал; они выделяют основной признак в опыте на классификацию; они понимают условность инструкции, переносный смысл пословицы, метафоры. Ошибочные решения наших больных возникают не из-за снижения уровня обобщения, а вследствие того, что они с трудом переключаются на новый способ решения задачи.

Эта тугоподвижность мыслительного процесса приводила в конечном счете к тому, что больные не справлялись даже с элементарными заданиями, если последние требовали переключения, и, наоборот, больные могли выполнить задачу более сложного характера, если способ решения оставался однотипным. Так, например, больной Т. может в методе «пиктограмм» образо-

Таблица № 10

Ассоциативный эксперимент вариант III *). Больной Т.

Слово — раздражитель	Латентный период	Ответная реакция	№№ п/п	Слово-раздражитель	Латентный период	Ответная реакция
1. Тупой	6	Острый	20.	Беречь	5	Не беречь
2. Тонкий	3	Толстый	21.	Разрешать	5	Не разрешать
3. Исчезновение	5	Не знаю	22.	Скупой	8	Не скупой
4. Чужой	3	Свой	23.	Починять	7	Не подчинять
5. Низ	6	Низкий	24.	Забывать	5	Не забывать
6. Враг	15	Не враг	25.	Легко	3	Тяжело
7. Отталкивать	20	Не знаю	26.	Победа	5	Не победить
8. Удаление	3	Не удалять	27.	Бодрость	18	Не знаю
9 Внешний	5	Какой внешний	28.	Приказывать	8	Выполнять
10. Твердый	3	Мягкий	29.	Мирить	25	Мирить
11. Сухой	8	Мягкий	30.	Разрушать	5	Восстанавливать
12. Красивый	5	Некрасивый	31.	Суживать	10	Не знаю
13. Исправление	10	Как тут	32.	Спешить	15	Не знаю
14. Множить	15	Не множить	33.	Горе	5	Счастье
15. Громкий	3	Тихий	34.	Спор	15	Спорить
16. Спокойствие	2	Спокойный	35.	Нападение	5	Обороняться
17. Сходство	3	Не знаю	36.	Наступление	8	Обороняться
18. Меньшинство	3	Большинство	37.	Истина	17	Не знаю
19. Поднимать	3	Поднимать	38.	Скрытность	25	Открытый

*) Инструкция: «Отвечать словом противоположного значения»

вать условные связи для опосредования запоминания слов с абстрактным смыслом, если он мог нарисовать человека, и не в состоянии придумать условного обозначения для запоминания слов конкретного значения, где ему казалось неудобным нарисовать «человека».

Особенно резко выступает непереключаемость больного в эксперименте на классификацию цветных картинок (вариант Полякова). Рассматривая картинки по принципу цвета, они не могут их обобщить по принципу формы.

Плохую переключаемость обнаруживают больные и в опыте на «опосредованное запоминание». Выбрав для запоминания слова какую-нибудь карточку, больные не в состоянии подобрать для этого слова другую. Само решение задачи доступно больным, но они выполняют его только одним определенным способом.

Очень показательны для этой группы больных данные ассоциативного эксперимента. Они обнаруживают следующие особенности (таблица 11):

Таблица № 11

Сводная таблица результатов ассоциативного эксперимента
у 10 больных с вязкостью мышления

Больные	Латентный период в сек.	Запаздывающие ответы	Персеверация при 2-м предъявлении	Экстрасигнальный ответ	Ненаправленный ответ	Отказ от ответа при 3-м предъявлении
1. Т.	2—21,5	3	11	—	—	9
2. Т.	3,5—10,5	5	10	—	—	7
3. Л.	4,5—20	8	5	—	—	5
4. Сл-ий	3,5— 9,5	7	3	—	—	4
5. А.	5,5— 8,5	6	7	—	1	3
6. М-ий	3,5—10,5	5	8	4	—	10
7. Р-в	5 —33	4	6	—	—	—
8. Г-в	1,5—6,5	—	6	—	4	—
9- К-в	2,5—3,5	3	3	—	2	—
10. Д-н	3,5—6,5	5	7	1	1	2

1. Длинный латентный период между словом-раздражителем и ответной реакцией, который достигал иногда 20—30 сек;

2. Запаздывающие реакции: больные отвечают не на слово-раздражитель, а на прежний, отзвучавший.

3. Больные реагируют во 2-м разделе нашего опыта (то-есть при повторении раздражителей) тем же словом, что и при первом предъявлении.

«Запаздывающие» ответы наших больных являются существенным отклонением от нормального протекания ассоциаций. Они свидетельствуют о том, что отзвучавший раздражитель имеет бо́льшее сигнальное значение, нежели настоящий. Для уточнения механизма этих особенностей мы должны обратиться еще раз к

анализу построения ассоциативного эксперимента. Слово, которым испытуемый реагирует на раздражитель, не является единственной возникающей у испытуемого ассоциацией. Однако тот факт, что испытуемый реагирует лишь одним словом, происходит из-за того, что инструкция экспериментатора, т. е. задание, предусматривает, требует в виде ответа лишь одно и при том первое пришедшее на ум слово. Остальные возникшие при этом связи затормаживаются. Предъявление другого слова-раздражителя вызывает новые ассоциации, иначе говоря, ответная реакция больного обусловлена всякий раз актуальным раздражителем. Актуальность же раздражителя зависит от постоянной задачи — от инструкции. А. Н. Леонтьев и Т. А. Розанова показали, что при изменении смысла задания (инструкции) одни и те же раздражители вызывают различные ассоциативные связи. Закрепление и воспроизведение ассоциативных связей должны происходить именно в зависимости от поставленного задания.

В применении к нашей экспериментальной ситуации это должно означать, что только произнесенные в данный момент слова должны были вызвать ассоциативные связи, что только они должны были служить сигналом для ответной реакции. Ассоциации же, возникшие в результате предъявленных раньше слов-раздражителей не должны были актуализироваться; они должны были утерять свое сигнальное значение.

У наших больных актуально звучащее слово подменяется отзвучавшим. Действующий раздражитель не приобретал сигнального значения.

Особенно резко такая замедленная актуализация ассоциаций и тенденция к персеверации выступает у больных эпилепсией. Задания на классификацию предметов, на определение понятий, где необходимость выделения одного признака и отторможения остальных особенно резко выступает, вызывают особое затруднение у больных, ибо при любой задаче у этих больных всплывает вся масса фактических отношений, они ничего не могут опустить и исключить — все недостаточно полно исчерпывает вопрос. Из этого стремления к уточнению, желания исчерпать все многообразие фактических связей при решении какого-нибудь вопроса и возникает то своеобразное эпилептическое резонерство, проявляющееся в вязкости, обстоятельности и детальности.

Приводим пример высказывания больного эпилепсией (А.), вошедшего в эту группу, которому предложено определить слово «стол». «Стол сделан из дерева, это не совсем верно, это не хорошо для понятия «стол», так как бывают столы не только из дерева, но и металлические, из кирпичей можно сделать стол. Стол — предмет, имеющий 4 ножки, на которых параллельно полу или земле лежит прямая доска, можно указать даже размер. Это общее понятие стол, причем нужно указать, что столы имеют разные назначения. Самое типичное — как они стоят, ножки

могут быть разные. Далее, столы могут разделяться на кухонные и письменные, столы шведские со шкафчиками. Я говорю, что из имеющихся определений ни одно недостаточно. Предмет, состоящий из ножек и крышки, причем крышка имеет прямой вид и находится на подпорках, нужно сказать и о разной высоте. То, что служит для еды и работы — определяет высоту. Трудно определить ресторанные столы, они имеют большую высоту. Доска, установленная на подпорках, служащая для человека, но это может быть не стол, а доска. Стол характеризуется тем, что находится на определенной высоте от земли и удовлетворяет человека...»

Здесь приведена лишь краткая выдержка из всей цепи суждений больного, который почти в течение получаса продолжал определять, что такое стол, и, в конце концов, остался неудовлетворенным, так как все сказанное казалось ему недостаточно полно исчерпывающим вопрос. Сам больной переживает при этом чувство неудовлетворенности от своих суждений из-за неумения в одном предложении передать конкретные моменты, характеризующие стол.

Другой больной (Р.) в опыте, где нужно исключить один предмет путем обобщения трех других («метод исключения») никак не может остановиться на каком-нибудь решении.

Нарисованы: стол, стул, диван, лампа. Больному предлагается указать, какой предмет можно назвать неподходящим (лишним). Больной очень долго рассуждает и до конца не убежден в правильности своих ответов: «Безболезненно можно исключить стул, так как если большое количество людей, то можно сесть на диван, это первый вариант. Второй вариант, если меньше людей— один человек, то можно исключить диван, не тот мягкий, а этот жесткий. Третий вариант, если это днем происходит, то можно исключить лампу. Четвертый вариант — можно стол исключить и сесть на диван, что-то подложить на стул и писать на нем. Конечно, это связано с неудобствами, но можно обойтись. Можно отделить лампу, так как она неоднородная, но, если вечером происходит, нельзя... и т. д.».

Больной пытается исчерпать все реальные ситуационные возможности в своем ответе, никак не может остановиться на каком-нибудь выводе, «приливает» к заданию и «топчется» фактически на месте.

Сопоставление данных наших экспериментов с клиническими наблюдениями и данными патофизиологического эксперимента позволяет думать, что в данном случае речь идет о нарушении подвижности корковой нейродинамики в сторону инертности.

Ослабление подвижности нервных процессов в сторону инертности И. П. Павлов* характеризует как «невозможность поспе-

* И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2-я, стр. 268, издание 1931 г.

вать за колебаниями среды», так как невозможность «быстро по требованию внешних условий уступать место, давать преимущество одному раздражителю перед другим».

Приведенная выше подверженность последействию отзвучавшего раздражителя может свидетельствовать именно о невозможности «поспевать» за вновь появляющимися раздражителями.

Таким образом, психологические исследования больных этой подгруппы указывают на нарушение динамики мышления, которое является как бы «негативом» того нарушения, которое мы описали в предыдущем параграфе; если последовательность мышления больных в гипоманиакальном состоянии нарушалась из-за множественности наплывающих ассоциаций, то логический строй мышления только что описанных нами больных нарушался из-за того, что ассоциации не сменяли друг друга.

При анализе психопатологических явлений И. П. Павлов указывал на значение нарушения подвижности нервных процессов. Многие работы наших отечественных физиологов и психиатров посвящены этой проблеме. Так, С. Д. Каминский и В. Н. Савчук установили нарушение подвижности нервных процессов у больной гипертонической болезнью. Д. Е. Мелехов и В. М. Каменская — при травме головного мозга, А. С. Ремезова, М. И. Середина — при эпилепсии и др.

§ 3. Нарушение последовательности суждения

Этот вид нарушения мышления был обнаружен у 78-ми больных с различными формами заболеваний: отдаленными последствиями закрытой травмы мозга (48 больных), последствиями перенесенных энцефалитов (10 больных), с шизофренией (10 больных) и с сосудистыми заболеваниями мозга (10 больных).

Нарушение это принимало разные проявления в зависимости от степени его выраженности.

У всех больных в клинике диагносцировались травматическая энцефалопатия после закрытых черепно-мозговых травм. Все больные — мужчины среднего возраста (от 30 до 50 лет) получили травмы черепа задолго (5—10 лет) до поступления в больницу; у трех больных имели место повторные ушибы головы. Периодически наступавшему обострению или ухудшению состояния у этих больных, как правило, предшествовали какие-нибудь добавочные моменты (психогении, алкоголь, инфекции).

Клиническое состояние больных характеризовалось как астеническое. У всех отмечалась повышенная утомляемость, раздражительная слабость, невыносливость к сильным раздражителям: яркому свету, громким звукам; в дневниках имеются записи, указывающие на расстройство сна, головные боли, колебания настроения. При беседе у них часто появлялись на глазах слезы. Больные не выдерживали более или менее длительного умственного напряжения. Включаясь в трудовые процессы, они вскоре

бросали работу, заявляя, что устали, что она им надоела. Они быстро утомлялись при чтении, говоря, что плохо понимают прочитанное. Почти все больные имели II и III группу инвалидности. Хотя бо́льшая часть больных работала, однако у большинства из них была снижена профессиональная квалификация.

Патофизиологическое исследование этой группы больных, проведенное при консультации С. Д. Каминского, обнаруживало слабость концентрации раздражительного и тормозного процессов и выраженное последовательное торможение.

Больные с последствиями энцефалитов были женщины в возрасте от 17 до 45 лет, перенесшие тяжелый грипп за несколько лет до поступления в больницу. У 4-х из них в анамнезе отмечены и другие инфекционные заболевания. В клинической картине преобладало состояние глубокой астении. Большинство из них жаловались на слабость, на быструю утомляемость, слезливость, плохое настроение. Патофизиологическое исследование этих больных обнаруживало слабость раздражительного и тормозного процессов.

Для иллюстрации этой группы больных мы приводим 2 кратких выписки из истории болезни больного Л-к.

Больной Л-к (выписка из истории болезни д-ра Базаровой М. П.) 1907 г/р, поступил в больницу им. Ганнушкина повторно в 1952 г. с диагнозом: травматическая энцефалопатия.

Рос здоровым, учился хорошо, работал экономистом. В 1942 году контужен. В 1946 г. появились головные боли, бессонница. Был признан инвалидом III группы. В дальнейшем работал зам. председателя кооперации инвалидов. В 1953 г. состояние ухудшилось, появилась бессонница и утомляемость на работе, упорные головные боли. Больной стал раздражительным, легко возбудимым, в связи с чем поступил снова в больницу им. Ганнушкина.

Психическое состояние: больной ориентирован, охотно беседует с врачами, при этом слабодушен, легко плачет.

Смех, громкий разговор его раздражают.

Патологическое исследование, произведенное М. И. Базаровой, обнаружило слабость концентрации раздражительного и тормозного процессов (широкую иррадиацию раздражительного процесса и выраженное последовательное торможение).

Данные экспериментально-психологического исследования.

В опыте на «классификацию предметов» больной начинает правильно раскладывать по определенному обобщенному признаку, образует группы транспорта, мебели, животных, работает быстро, не отвлекаясь, и тут же при выделении группы растений начинает сомневаться, куда отнести мухомор: «он же вредный, отнесу-ка в сторону»; точно также не знает, куда отнести жука: «положу его к книге и тетради, его же изучают в школе».
Экспериментатор: «Правильно ли вы делаете?»

Больной смотрит несколько растерянно, говорит:

«Подождите. Да, у меня есть здесь посуда, мебель, растительный мир, конечно, к нему принадлежит и гриб, безотноси-

тельно к тому, вреден он или нет; а жука положу к животному миру.» В конце концов больной выделяет группы: люди, животные, растения, посуда, мебель, школьные принадлежности, домашний обиход. Экспериментатор просит объединить некоторые группы. Больной: «Людей с животными, да? Растения, ну, а как дальше? Ведь остальное не объединишь: как же соединить домашнюю утварь с канцелярскими предметами, а?» Больной заметно устал, наступает легкий тремор рук, потливость. Экспериментатор беседует на тему, не относящуюся к эксперименту; спустя 5 минут больной возвращается по просьбе экспериментатора к заданию и тут же правильно и обобщенно выполняет его.

Метод исключений: Больному предлагается карточка, на которой нарисованы: кошелек, портфель, книга и сумка. Больной говорит: «Кошелек нужно в карман, нет, портфель лишний. Книгу можно в портфель; дайте, подумаю, —книга лишняя, в остальные предметы можно положить что-нибудь».

При предъявлении весов, очков, термометра и часов больной говорит: «Очки лишние, они не всем нужны, одни носят, другие нет. А те остальные точно измеряют, очками не измеряют.» Предъявляется солнце, свеча, керосиновая лампа и электрическая лампочка. «Солнце надо исключить, оно естественное светило, но, если днем, то и остальное не нужно».

Таким образом, одно и то же задание больной то правильно выполняет, то решает его неадекватно.

Ассоциативный эксперимент (вариант I и II), проведенный с этим больным, обнаруживает адекватность отдельных реакций слову-раздражителю. Латентный период повышен (средняя величина равна 4,5 сек). Временами он достигает 7—11 сек. При повторном предъявлении тех же слов-раздражителей склонность больного к однотипным ответам, несмотря на инструкцию отвечать другим словом (см. табл. 12). В 12 случаях из 35 больной отвечает тем же словом, что и при предыдущих предъявлениях (при этом повышается латентный период в среднем до 6, 3 сек). В ассоциативном эксперименте, где необходимо отвечать словом противоположного значения (вариант III), ответы больного часто теряют свой направленный характер. Так, например, слово «скупой» вызывает ответ «Плюшкин». (табл. № 13)

Выписка из истории больной П., 17 лет. (история болезни д-ра Громовой).

Заболевание возникло у здоровой 13-тилетней девочки после тяжело протекавшего гриппа. Длительное течение самого гриппа, в остром периоде болезни, сопровождавшегося высокой температурой, упорными головными болями, головокружениями и слабостью, дают повод заподозрить гриппозный энцефалит. Вся дальнейшая картина и течение заболевания — длительная астенизация, непрекращающиеся головные боли и головокружения говорят о стойкости нарушений и вместе с обнаруженными неврологическими симптомами поражения центральной нервной системы подтверждают предполагаемый диагноз.

В психическом состоянии больной на первый план выступают явления резкой астении, которая проявлялась в виде слабости, повышенной утом-

ляемости, явлений раздражительной слабости. Эти явления сопровождались частыми и сильными головными болями, головокружениями, невыносливостью к жаре, непереносимостью к шуму, пониженно-тревожным настроением.

Явление слабости и повышенной утомляемости было не только субъективным ощущением больной, но и выявлялось в поведении больной, отразились на ее трудоспособности; больная вынуждена была бросить обучение в школе.

Таблица № 12

Б-ой Л-к

Данные ассоциативного эксперимента

№ п/п.	Слово-раздражитель	1-е предъявление		2-е предъявление		3-е предъявление	
		латент. период	ответная реакция	латент. период	ответная реакция	латент. период	ответная реакция
1.	Хлеб	2	Нож	1,5	Нож	1,5	Вилка
2.	Лампа	7	Фитиль	1,6	Фитиль	12	Огонь
3.	Пение	4	Танец	2	Танец	2	Танец
4.	Колесо	7	Телега	3,5	Карета	3,5	Машина
5.	Красота	3,5	Девушка	5	Красавица	10	Красивый
6.	Война	2	Отечество	1	Отечество	3	Мир
7.	Воздух	7	Свежий	1,5	Свежий	3,5	Свежий
8.	Развитие	6,5	Книга	2	Книга	2	Учение
9.	Звонок	2,5	Дверь	2	Дверь	3,5	Дверь
10.	Луна	10,5	Небо	2	Небо	2	Небо
11.	Пещера	2,5	Гора	4,5	Гора	5	Гора, не знаю
12.	Брат	1,5	Родной	1,5	Родной	2,5	Родной
13.	Лечение	2,5	Врач	2,5	Врач	2	Врач
14.	Топор	6,5	Железо	2	Железо	5,5	Лом
15.	Голова	2	Человека	3	Человек	12	Животное
16.	Ягода	2,5	Клюква	3	Клюква	6,5	Клюква
17.	Обман	5	Жулик	2	Жулик	3	Хулиган
18.	Игра	6	Домино	2	Домино	8	Карты
19.	Сомнение	5	Вопрос	3,5	Неясность	5	Неясность
20.	Цель	3,5	Жизнь	2	Жизнь	325	Мишень
21.	Жестокость	4,5	Злой	9	Злой	15	Суровый
22.	Глубина	4	Море	3	Море	12	Море, океан
23.	Совесть	3	Чистая	2	Чистота	10	Человека
24.	Падение	3	Камень	2,5	Камень	5	Высота
25.	Лес	3,5	Сосна	3	Ель	7,5	Роща

Данные экспериментально-психологического исследования. По методу «классификация предметов» больная образует группы животных, растений, тут же «сбивается» с обобщенного способа решения, начинает группировать картинки по конкретному признаку: «Можно термометр к доктору». «Можно мебель объединить с посудой, ведь посуду часто ставят на стол». Вместе с тем, при указании экспериментатора, что надо образовать мало групп, возвращается к прежнему обобщенному способу решения и правильно выполняет задание.

Таблица 13

Б-ой Л-к

Данные ассоциативного эк-та*
Вариант III.

Слово-раздражитель	Латентный период	Ответная реакция
Тупой	2	Острый
Тонкий	3,5	Толстый
Грязный	3,5	Чистый
Чужой	2,5	Свой
Низ	4	Верх
Крупный	3	Маленький
Враг	2,5	Будет разбит
Младший	3	Старший
Высокий	2	Низкий
Твердый	2,5	Мягкий
Сухой	2	Мокрый
Красивый	3	Прелестный
Спокойствие	4,5	Неспокойствие
Сходство	3,5	Различие
Меньшинство	2,5	Подчиняется большинству
Забывать	3	Рассеянность
Скупой	2	Плюшкин
Легко	2	Тяжело
Победа	2	Поражение
Горе	3	Отчаяние
Наступление	2	Отступление
Младший	2,5	Старший
Истина	2	Честность
Починять	2	Ну, обувь, что ли
Горе	2	Плохо

*) Инструкция гласит: «отвечайте словом противоположного значения»

По методу «исключения» больная пытается из группы: свеча, лампа, солнце и электрическая лампочка, исключить свечу: «Она сейчас не нужна в наш век электричества». Перейдя к следующей группе (весы, часы, термометр, очки) больная правильно выделяет очки, объясняя: «Остальные предметы—измерительные приборы». Спустя некоторое время больная опять переходит на более элементарный способ решения, выделяя предметы по конкретному, частному признаку.

Больная понимает переносный смысл пословиц, но временами неправильно соотносит с ними фразы. Так, например, адекватно объяснив пословицу: «Не все то золото, что блестит», соотносит к ней фразу: «Золото тяжелее железа».

Ассоциативный эксперимент обнаруживает несколько повышенный латентный период, доходящий до 5 сек., и временами недостаточную направленность ответных реакций (победа — машина, красивый — человек, сухой — ветер) (табл. № 14 и 15)

Таким образом, больные этой подгруппы могли правильно

Таблица № 14

Данные ассоциативного эк-та вариант II

Б-я Пан-на

Слово-раздражитель	1-е предъявление		2-е предъявление		3-е предъявление	
	время реакций в сек.	ответная реакция	время реакций в сек.	ответная реакция	время реакций в сек.	ответная реакция
Хлеб	2	Мука	2	Еда	10	Завод
Лампа	2	Керосин	2	Освещение	15	Керосин освещен.
Пение	3	Музыка	2	Развлечение	5	Музыкальная школа
Колесо	2	Машина	6	Машина	25	На заводе
Красота	3	Женщина	35	Женщина	16	Природа
Война	5	Мир	3	Мир	4,5	Отечественная
Воздух	2,5	Дышать	3	Дышать	4	Бомбежка
Развитие	9	Человек	5	Кислород	7,5	Плохое
Звонок	3	Слух	15	Дают звонок в квартиру		В квартире
Пещера	9,5	Земля	5	Под землей	4,5	Природа
Топор	2,5	Дрова	3,5	Дрова	5,5	Работа
Душа	3,5	Небо	4	Небо	8	Светит ночью
Брат	6,5	Сестра	3	Сестра	4,5	Родной
Лечение	5,5	Враг	3,5	Враг	4,5	Больница
Голова	5,5	Шапка	3	Шапка	4,5	Рука
Игра	7,5	Мяч	3,5	Мяч	4	Футбол

Таблица № 15

Ассоциативный ЭК-Т, вариант III.

Больная П-н

Слово-раздражитель	Латентный период	Ответная реакция
Тупой	2	Острый
Тонкий	2	Толстый
Грязный	2	**Некрасиво**
Чужой	1,5	Свой
Низ	2	Верх
Крупный	2	Малый
Враг	1,5	Товарищ
Младший	2	Старший
Твердый	1,5	Мягкий
Сухой	2,5	**Ветер**
Красивый	2	**Человек**
Спокойный	2,5	Громкий
Забывать	3	Помнить
Победа	3,5	**Машина**
Скупой	3,5	Щедрый
Наступать	4,5	Отступать

обобщить материал, но в процессе работы «сбивались на неправильный путь решения». Особенно нарастали ошибочные решения к концу эксперимента. Точно так же замедлялся к концу эксперимента и темп выполнения задания, повышался латентный период в ассоциативном эксперименте. Если латентный период для первых 8 слов-раздражителей колебался от 1,5 до 3 сек., то для следующих 8-ми — он колеблется от 2,5 до 4,5 сек, а для последующих от 4,5 до 5,5 сек.

Однако количество персевераций было по сравнению с количеством персевераций у больных с вязкостью мышления сравнительно мало выражено. Особенно характерно было для них большое количество ненаправленных ответных реакций (у 15 больных из 16 (см. табл. 16) в то время, как у 10 больных с вязкостью мышления лишь у 2-х наблюдался подобный тип ответов); при этом у многих больных эти ненаправленные ответы являлись наиболее часто встречающимися (от 6 до 11).

Таблица № 16

Сводная таблица данных ассоциативного эксперимента 16-ти больных с непоследовательностью суждений

Фамилия больного	Вариант I		Вариант II		Вариант III	
	латентный период	персеверации	латентный период	персеверации	отказ от реакции	количество ненаправленных ответных реакций
1. Ал-в	1	2	7,5	5	1	7
2. Чап-н	4,5	—	5,5	3	—	8
3. Л-к	3,5	—	3,5	1	—	10
4. Б-н	6	—	6,5	6	2	11
5. Н-в	3,0	1	3	—	—	5
6. П-а	6,5	1	5	6	—	4
7. К-в	3,5	—	3,5	—	—	6
8. Св-а	3,5	—	4	—	—	5
9. Ф-а	4,5	—	5,5	6	2	3
10. Х-н	5,5	1	6,5	5	1	2
11. К-а	4	2	4,5	—	—	6
12. С-а	4,5	—	4,5	6	1	2
13. Пр-в	3,5	—	4,5	1	—	6
14. М-б	3,5	1	4,5	5	—	9
15. В-н	4,5	—	6,5	6	2	—
16. К-к	4	—	7,5	5	1	8

Что же касается персевераций, то в 1-м варианте ассоциативного эксперимента они носили лишь единичный характер; во II-м варианте они были более выражены (у 12 больных из 16-ти). Однако количество персевераций было значительно меньше, чем у больных с вязкостью мышления (в среднем 4 против 7-ми). Латентный период был лишь несколько повышен (от 3,5 до 4,5 сек.)

Таким образом, данные ассоциативного эксперимента обнаруживают у больных описываемой нами подгруппы особую форму

нарушения динамики ассоциативного процесса: она заключается не в нарушении темпа протекания ассоциаций, не в изменении их подвижности, а в их недостаточной направленности.

Как мы указывали в главе «Методы исследования», уже И. М. Сеченов подчеркивал направленный характер наших ассоциаций; инструкция экспериментатора отвечать определенным образом не вызывала затруднений не только у здоровых испытуемых, но и у больных со сниженным уровнем обобщения. Эти больные не находили из-за малого круга знаний подходящего слова; в одних случаях ответная реакция отсутствовала, в других — ограничивалась отрицанием (здоровый — не здоровый, щедрый — не щедрый); но характер ассоциации оставался направленным.

Ненаправленность ассоциаций наших больных свидетельствует о том, что мышление наших больных отличается недостаточной целенаправленностью, что суждения б-ых на какой-то отрезок времени перестают определяться инструкцией. Поэтому суждения больных недостаточно последовательны, их умозаключения часто неправильны, логический строй мысли нарушается на некоторый отрезок времени.

Сопоставление наших данных с клиническими и патофизиологическими данными, выявившими у этой группы больных слабость раздражительного и тормозного процессов и быстро наступающее угасание выработанных условных рефлексов, позволяет предположить, что колебания в решениях наших больных вызваны быстрой истощаемостью их психических процессов.

В основе этого нарушения лежит, очевидно, процесс охранительного торможения, который быстро наступает у этих больных. И. П. Павлов неоднократно указывал, что при сниженной корковой активности любое задание, вызывающее сосредоточенное раздражение определенного пункта, индуцирует торможение остальных частей коры.

Ряд клинических процессов, по существу, являются поразному оформленным проявлением этого разлитого торможения. Так, когда больные жалуются, что они забывают прочитанное, забывают выполнять поручение, — это часто выглядит как нарушение памяти; когда больные жалуются на то, что побочные малозначащие факты, как разговор соседей, тихоговорящее радио, мешают им работать, — это импонирует, как «распыление» внимания. В действительности, все эти симптомы являются проявлением единого нарушения — чрезмерно легко наступающего торможения.

Это совпадает с исследованиями наших отечественных физиологов, которые указывают, что при астенических состояниях преобладает пассивное торможение (А. Г. Иванов-Смоленский, Г. А. Асратян, И. Г. Миролюбов, И. А. Паворинский) и широкая иррадиация раздражительного процесса.

Таким образом, и этот подвид нарушения мышления тоже

заключается не в затрудненности обобщения и отвлечения. У больных не отмечалось хаотичности ассоциаций, убыстренности темпа ассоциаций. Но отсутствие переключаемости на новый способ работы нарушало умственную продукцию больных; логический строй мышления больных этой подгруппы оказался нарушенным потому, что адекватный характер суждений не являлся устойчивым и постоянным модусом реагирования. Из-за легко наступающей истощаемости правильный «ход мысли больного», его уровень обобщения становится более низким, суждения больного становятся на какой-то отрезок времени необоснованными. Часто подобная истощаемость мыслительной деятельности больных сочетается с инертностью и тогда нарушения принимают более выраженный характер.

Как мы уже указали выше, аналогичные мыслительные нарушения наблюдались у больных с различными формами заболеваний, в том числе и у больных шизофренией с неврозоподобными проявлениями. Исследование показало, что при улучшении состояния больных под влиянием терапии (электросном — наблюдения Титаевой) эта непоследовательность суждений уменьшалась, Подобный подвид нарушений мы наблюдали и у больных шизофренией в состоянии ремиссии. Однако, несмотря на то, что нарушения мышления больных шизофренией, входящих в эту группу, характеризуются непоследовательностью суждений, все же в структуре их умственной деятельности можно найти некоторые черты, позволяющие дифференцировать их от посттравматических нарушений мышления подобного типа: истощаемость их умственной деятельности была меньше выражена; кроме того, непоследовательность суждений сочеталась у них часто с отсутствием отношения к допускаемым ошибкам, с элементами нарушения целенаправленности. Следует также отметить, что в некоторых случаях, когда у б-ых шизофренией под влиянием терапии непоследовательность суждений уменьшалась, у них выступали другие виды нарушения мышления, как искажение уровня обобщения. Таким образом, истощаемость мыслительной деятельности могла в некоторых случаях шизофрении играть роль «прикрытия» более грубых нарушений мышления—феномен, который мы часто наблюдали и при анализе мышления больных в состоянии ремиссии.

§ 4 Откликаемость

Неравномерность умственной продукции больных принимает в некоторых случаях до того выраженную форму, что мы вынуждены были выделить больных с подобным нарушением в отдельную группу. Речь идет о больных с тяжелыми органическими заболеваниями мозга (очень часто сосудистыми).

Поведение больных было временами нелепо. Их родные отмечают, что до поступления в больницу они иногда совершали неадекватные действия: оставляли открытым газ, одевали брюки

на руки, пиджак наизнанку. Предоставленные самим себе, они редко обращаются с вопросами или просьбой, спонтанные высказывания у них большей частью отсутствуют. Некоторые из них суетливы, другие же по целым дням лежат в постели, ничего не требуя, ни на что не жалуясь, но те и другие по существу пассивны.

Описанные нарушения отличаются динамичностью. На протяжении короткого отрезка времени характер суждений и действий больных резко колебался. Больные, которые импонировали, как слабоумные, могут спустя некоторый промежуток времени обнаружить сравнительную сохранность поведения, правильно отвечать на вопросы, адекватно реагировать на ситуацию и т. п. Другие, которые не могли назвать своего возраста, которые забыли имена своих близких, при дальнейшем исследовании вспоминают многое из своей жизни, правильно определяют время и место своего нахождения.

Своеобразие и динамический характер психических нарушений подобных больных затрудняет их трактовку, а потому различные авторы по разному их оценивают. В то время, как Е. С. Авербух, отмечавший их при гипертонической болезни, трактует их, как уплощение личности, В. Д. Зверева отмечает снижение интеллектуальных функций. П. Д. Фридман указывает, что психические нарушения при гипертонии носят характер глубокого органического слабоумия с кратковременными колебаниями сознания. Н. И. Озерецкий описывает оскудение интеллектуальной деятельности, снижение критики и интересов. Подобные колебания состояния сознания описаны Т. И. Гольдовской и И. Г. Равкиным при протрагированных оглушенных состояниях сознания при инфекционных психозах.

Нам думается, что интеллектуальные изменения наших больных не укладываются, вследствие их неустойчивости, разнообразия и пестроты, в обычную картину органического слабоумия. Поэтому мы на них несколько подробнее останавливаемся.

На фоне описанного состояния появлялась волнообразно наступающая откликаемость наших больных на самые различные раздражители из окружающей обстановки, не адресованные больному. Услышав, что врач обращается к рядом сидящему больному, такие больные, по существу ко всему безучастные, вмешиваются в разговор; любой шум, доносящийся с улицы, вызывает их замечания. Услышав, как в соседней палате распевают песню: «Калинка — ягода малинка», один из таких больных неожиданно обращается к сестре: «Принесите мне малинового и брусничного варенья».

Часто «откликаемость» наших больных приобретала другую форму: больной вплетает в свою речь названия предметов, которые находятся в поле его зрения, но не имеют отношения к содержанию его высказываний. Так, на вопрос, как он себя чувствует, он ответил: «Спасибо, хорошо, немного вот стучит» (в соседней

комнате стучали молотком). Другой больной, описывая рассказ из книги, вписал совершенно не относящиеся к рассказу слова «желтый абажур» (перед больным на столе стояла лампа с желтым абажуром). У больных образуется как бы вынужденная тенденция отражать без отбора в своей речи все то, что они воспринимают.

Этот симптом «откликаемости» отличался динамичностью, принимал временами резко выраженный характер, временами почти исчезал.

Приводим выписку из истории болезни.

Больной Л-в А. С. (история болезни д-ра Д. Б. Голант). Год рождения 1880. Инвалид. Образование высшее. Поступил в больницу им. Ганнушкина 19/XI —1950 г. Умер 8/IV —1951 г. Диагноз клинический: злокачественный артериосклероз с множественными очагами размягчения, преимущественно в левом полушарии. Гипертонический синдром. Патологоанатомический: злокачественный церебральный артериосклероз со старыми и свежими размягчениями. Общий артериосклероз.

В наследственности ничего патологического. Рос и развивался больной нормально; учился легко. Первые болезненные явления относятся к 1939 г. После ряда неприятностей появилось головокружение, головные боли, чувство слабости. Было обнаружено повышенное кровяное давление. В 1947 г. вел себя неправильно, имела место патологическая сонливость; обнаружились расстройства речи типа амнестической афазии.

В 1949 году повторился приступ патологической сонливости, после которого стали появляться нелепости в поведении (выходил в одном белье на улицу), в связи с чем и был помещен в больницу. Артериальное давление 195/115.

Психическое состояние: больной ориентирован во времени, недостаточно в окружающем. Не сразу воспринимает обращенную к нему речь. То сидит без дела, безучастно относясь к окружающему, то бродит растерянно по отделению, не находит свою кровать.

Приводим данные ассоциативного эксперимента.

Больному было предложено назвать 5 предметов красного цвета. Отвечает: вишня, мак, лампа, морковь, стена, кровь.

На предложение назвать предметы зеленого цвета больной говорит: трава, капуста, карандаш (не зеленый), бумага (не зеленая), часы, стакан, вода бывает зеленая, когда в ней тина, дерево зеленое. (Подчеркнутые слова, обозначающие названия тех предметов, которые больной видит перед собой и которые не окрашены ни в красный, ни в зеленый цвет).

Определение пословиц. Больной правильно объясняет пословицу: «Куй железо пока горячо» — «Работай быстро, вот это перо (указывает на лежащее на столе перо) надо делать, а вот надо ковать листочки» (смотрит в окно на дерево).

Речь больного нарушена: выступают явления амнестической афазии, персеверации. Временами же больной правильно называет предметы и адекватно отвечает на вопросы.

Ответы больного при показе картинок с изображением предметов:

П е п е л ь н и ц а — пепельница.

П у г о в и ц а — она общая рамка ординарная.

К а т у ш к а — вернее игольница или просто рамка под простые иголки.

В о р о т н и к — галстук от простой иголки, т. е. воротник.

П о р т с и г а р — под бумаги наверное папиросник, наверное до 10 штук папирос сюда входит. У меня постоянно штук под 10 папирос.

Г а л с т у к — штук под д е с я т ь п а п и р о с т о ж е с а м о е. Что это — не знаю. С чего обыкновенный маленький портсигар на 10 папирос, ш т у к п о д 1 0 п а п и р о с.

З а п о н к а — это маленький портсигар для застежки 10 штук п о р т с и г а р. Или иллюминационный патрон, запонка.

2 0 к о п е е к (монета) — это конечно 20 копеек.

М о р к о в ь — у меня что ли была или нет, не знаю что это... Потом 20 копеек, назвал неверно, морковь.

Ш п и л ь к и такое универсальное приспособление для конных ниток.

С т у л — это физика сидения, я сижу на сидении стула. Это деревянный стул.

Возможно, что в тесной связи с подобной откликаемостью стояла и своеобразная колеблющаяся дезориентировка больных. Так, один из них говорил, что он находится в ресторане (в это время накрывали на стол) и тут же заявил, что здесь мастерская часов (часовщик чинил часы), спустя 5 минут во время обхода врача определил правильно, что здесь больница. Поведение же больного, его поступки были вполне адекватны ситуации больницы. Неправильные ответы являлись результатом того, что любой предмет, привлекавший его внимание, менял оценку ситуации.

Подобная двойная ориентировка имела место и у больного, описанного Зверевой. Он утверждал, что находится в вагоне и в то же время в больнице.

В ассоциативном эксперименте больные в качестве ответа называют слова, обозначающие предметы, находящиеся в поле их зрения, даже в том случае, если экспериментатор запрещает им это делать.

Можно себе представить, что быстрая «откликаемость» больных, диффузность их суждений, резко наступающие колебания связаны с такими изменениями высшей нервной деятельности, которые И. П. Павлов характеризовал как гипнотические фазовые состояния.

Уместно отметить, что исследования С. Д. Каминского и В. И. Савчук выявили на основании изучения условно рефлекторной деятельности больных гипертонией наличие у них фазовых состояний; указанные исследования проводились и на ряде больных, подвергавшихся и нашему исследованию.

Наличием гипнотических фаз можно объяснить и некоторые другие нарушения психической деятельности больных, которые

могут на первый взгляд импонировать как «изолированные нарушения». Речь идет о своеобразном нарушении памяти этих больных, занимавшее в их клинической картине ведущее место. Мы говорили выше о том, что эти больные часто не могут рассказать о своей жизни, не помнят своих близких, не оценивают временных соотношений. Почти всегда клиническая оценка этих больных дается в понятиях амнестического симптомо-комплекса для амнестического слабоумия. Если, однако, расчленить процессы усвоения нового на классическую триаду: усвоение, удержание и воспроизведение, то оказывается, что больше всего страдает последнее. Больной не может во время опыта повторить басню, он «забыл» ее, но в дальнейшей беседе, иногда спустя несколько дней, ему удается в ином контексте воспроизвести даже мелкие детали этой басни. Многие образы, представления и впечатления преподнесенного им материала рано или поздно обнаруживают свое существование в их мыслительном потоке.

Для доказательства этого положения мы решили прибегнуть к такому виду эксперимента, который позволил бы менять степень концентрации усилий больного. Опыт заключается в следующем:

Мы предлагали больным запомнить 15 слов; инструкция гласила: «Я вам сейчас буду говорить ряд слов, вы их напишите и постарайтесь хорошенько запомнить, вы должны будете их повторить» (1-я серия). После того, как выяснилось, что больные воспроизводили лишь незначительную часть слов, им предлагалось другое задание, состоящее из следующих элементов: написать 10 цифр, нарисовать 5 треугольников, 5 кружочков и, наконец, написать 15 слов (2-я серия). Таким образом, в серии 1-й инструкция направляла внимание больного на усвоение слов, а в другом случае это усвоение раздражителей происходило бы вне усилий б-го.

Оказалось, что те больные, которые запомнили всего 3—4 слова в первой серии, теперь во 2-ой серии вписывали 6—7 слов из того же ряда, которые они раньше должны были воспроизвести.

Больные	1-я серия	2- серия
Ф.	3	6
М.	4	7
Р.	3	7
К.	3	7
М.	3	3
Л.	4	4
Ш.	3	7
Р.	3	3

Данные этого эксперимента подтверждают наше предположение о том, что концентрация усилий больных на определенной

деятельности (в данном случае — на деятельности воспроизведения) приводила к ее ослаблению.

Характер изолированного расстройства принимает иногда и речь больных. Периодами в речи больных обнаруживаются амнестические западения и парафазии. На картинку с изображением катушки больная Ф. говорит: «Это представляет из себя вернее... не знаю...»
Экспериментатор подсказывает: «Кату...» Больная: «Катушка» На картинку, изображающую п е п е л ь н и ц у : «Это для анализа» Экспериментатор: «Что сюда бросают?» Больная: «Можно жженные спички, жженный огонь».

Еще в 1938 г. в психологическом исследовании Гальперина и Голубовой была сделана удачная попытка объяснить механизм парафазий с помощью теории акад. И. П. Павлова о запредельном торможении. Авторы обратили внимание на то, что больные часто не находят нужного слова в момент, когда усиленно ищут его, но нечаянно произносят его после, когда перестанут искать. Использовав методический прием переключения усилий, авторы экспериментально доказали роль запредельного торможения как основного механизма парафазии.

Следует отметить, что в наших случаях это были не только отдельные ошибочные слова или названия предметов. Вся речь больных строилась в каком-то непонятном исковерканном стиле, а в отдельных случаях нелепость ответов доходила до такой степени, что возбуждала сомнение в наличии разорванности.

Приведенный выше больной на вопрос, сколько будет 3×4, отвечает: «Это заразная вещь». Больному показана картинка, на которой изображена телега со слетевшим с оси колесом. Больной говорит: «Свекла, она может быть спрессована, но во всяком случае это не жидкая вещь...»

Т. о. и нарушения речи и памяти больных не являлись изолированными расстройствами, они были обусловлены появлением гипнотических фазовых состояний. Описанная в целом картина нарушений является более тяжелым вариантом изменений, представленных в предыдущем параграфе. Возможно, что здесь фазовые состояния легче возникают, носят более тяжелый характер. Состояние больных расцениваются иногда, как состояние измененного сознания.

«Соскальзывания»

В клинических описаниях расстройства мышления при шизофрении встречается иногда термин «соскальзывание», но насколько нам известно, специального исследования этого явления нет. Выделить этот симптом нарушения мышления удается лишь у сравнительно сохранных еще больных, так как в противном случае ошибки суждений вследствие «соскальзывания» как бы перекрываются иными, более грубыми. Сущность его заключается

в том, что, правильно решая какое-нибудь задание, либо рассуждая о каком-нибудь предмете, больные неожиданно сбиваются с правильного хода мысли по ложной, неадекватной ассоциации, а затем вновь способны продолжать рассуждение последовательно, не возвращаясь к допущенной ошибке и не исправляя ее.

Выписка из истории болезни больного Щ-а, 1932 г/р, токаря. Рос замкнуто, учился неровно. Диагноз: шизофрения (история болезни д-ра Авруцкого). Из анамнеза: дед и тетка больного были больны шизофренией Бродяжничал, злоупотреблял алкоголем. Последние годы работал токарем на заводе. Товарищами по работе характеризовался как молчаливый, дисциплинированный, хороший работник. Первые признаки психических нарушений появились в мае 1953 г. Стало казаться, что окружающие «что-то знают о нем», что все говорят о нем, «мысли стали путаться» Испытывал страх. Был стационирован в больницу им. Ганнушкина.

Психическое состояние: ориентирован правильно. В отделении держится в стороне, отгорожен, бесцельно бродит, малодоступен, контакт налаживается с трудом. Подозрительно относится к окружающим, все кажется измененным, не может понять, что с ним происходит, он стал другой.

Ему кажется, что с ним должно случиться «что-то страшное». Без конца обдумывает, много размышляет. «Я думая о себе и людях», «о жизненных вопросах». Считает, что возможно находится под гипнотическим воздействием врачей или «черных друзей». Ощущает себя «наблюдателем жизни», «а сам я как будто и не живу», «все изменилось вокруг и внутри меня».

Под влиянием инсулинотерапии состояние больного улучшилось, он выписан домой.

Данные экспериментально-психологического исследования.

В опыте на «классификацию предметов» больной сразу же осваивает инструкцию и быстро приступает к классификации, образуя следующие группы: животные, растения, при этом объединяет в одну группу ландыш и корабль, объясняя: «Их надо положить вместе, так как диаметр мачты равен в разрезе диаметру стебелька ландыша». Образуя группу растений, больной относит трамвай с надписью «Садовое кольцо» к группе овощей, так как «здесь с а д о в о е кольцо написано.» Тут же продолжает правильно классификацию, доводит ее до конца, но оставляет ландыш и корабль вместе.

В опыте на «исключение лишнего» больной правильно выделяет предметы, так при предъявлении: солнца, свечи, электрической лампочки и керосиновой лампы, он исключает солнце, так как «это естественный свет», а остальные — искусственный. Однако тут же при предъявлении карточки, где нарисованы очки, весы, термометр и часы, неожиданно заявляет, что «весы и очки надо в одну группу отнести, так как загнуто здесь» (больной показывает на точку загиба на весах и очках).

Из приведенных выше ошибок больного видно, что, правильно усвоив принцип классификации и последовательно руководствуясь этим принципом в длительном рассуждении, больной неожиданно сбивается на нелепое объединение предметов по внешнему случайному сходству толщины части рисунка или изгиба на карточке. Эта ошибка не является проявлением тороп-

ливости, невнимательности больного в работе. На вопрос экспериментатора больной спокойно мотивирует, объясняет свои действия и эти объяснения тем более поражают своей нелепостью, что высказываются наряду с правильными, последовательными рассуждениями. Но для самого больного субъективно эта несуразность незаметна, ошибку он не исправляет.

В иных случаях соскальзывания мысли происходят не по конкретному внешнему признаку предмета (загнутость картинки), а по звучанию слов, составляющих материал задания.

Тот же больной в опыте на опосредованное запоминание с большой легкостью задание; для запоминания слова «разлука» берет «конверт»; для «дорога» — «дерево»; для «игра» — «самолет» («ребята любят играть в летчика) и тут же для слова «пожар» выбирает рисунок «перо», говоря: «первая буква — П...; для слова «обед» выбирает «обруч» — оба начинаются с «О».

В варианте IV ассоциативного эксперимента (метод пиктограмм) больной образует временами адекватные связи (для запоминания слов «веселый праздник» рисует «гармонь»; для запоминания слова «сомнение» рисует вопросительный знак) и наряду с этим для запоминания слова «печаль» изображает «печать»; для слова «смелый поступок» рисует кусок «мела» для запоминания выражения «вкусный ужин» ставит два квадратика «два слова».

Так же как и при «непоследовательности суждений» у больных наблюдались на фоне правильных рассуждений «вкрапливание» ошибок. Однако, эти ошибки не были проявлением общей истощаемости больных, а самое главное, они представляли по своему характеру неожиданный причудливый поворот мысли больного. Иногда можно было проследить, что в основе этого поворота лежит ассоциация чувственного характера. Для самого же больного эта внешняя связь выступала как звено его логических аргументаций.

«Соскальзывания» больного шизофренией отличаются от «скачки идей» больного в гипоманиакальном состоянии не только феноменологически, но и своим механизмом: если в последнем случае можно говорить о патологической лабильности ассоциативных процессов, то при «соскальзываниях» шизофреника можно думать об эпизодическом выключении деятельности второй сигнальной системы.

«Разноплановость».

Этот вид нарушений мышления наблюдается у больных шизофренией, состояние которых характеризовалось в основном как дефектное, на фоне которого выступают черты обострения. В основном, это были больные с большой давностью заболевания, от 8 до 15 лет, многократно стационировавшиеся в психиатрические больницы.

Особенность мышления этих больных заключалась в том, что они не выдерживали единой линии рассуждения при рассмотрении какого-нибудь явления или предмета. Они подходили к одному и тому же явлению одновременно с разных позиций. Так, один из больных, образуя в опыте на классификацию группу животных, растений «на основании биологического признака», тут же выделяет группу на основании личного отношения «я их люблю», а 3-ю группу на основании общности формы.

Особенно резко выступает «многоплановость» в тех экспериментальных пробах, где требуется словесная четкая формулировка, например, при объяснении пословиц.

Приводим в качестве иллюстрации протокольную запись (на магнитофоне) суждения больного М-ва, которому предлагается объяснить поговорку: «Цыплят по осени считают». Больной говорит: «Ну, это вполне понятно. Иногда всегда подсчитывают, когда они осуществились. Когда дело сделано. И только тогда можно уже заявить об увенчании успехом того или иного мероприятия. А то можно работать без конца, без края, шума много из ничего получится, как у Шекспира, помните?... Пошумели, говорили, бегали, метались, заметались, торопились, а в результате что? Итог каков? Все в трубу, навылет. То-есть, шумиху подняли, а дела нет. Поэтому — меньше шума, больше дела, больше собранности, организованности и потом сказать: «Ну, вот, товарищи, как бы там ни было, дело сделали, будьте здоровы». Например, если мы строим какое-нибудь здание — вот наш долг, если мы сдаем экзамены — вот наши оценки, отметки, пять, отлично или там, примерно, четыре, хотя на плохой конец, я говорю. Четыре— это уже терпимо, я считаю, но вообще нужно на отлично, чтобы было пять. Вот так. Вот это называется... много шума и ничего, или как вы сказали — пословица: «Кур по осени или цыплят по осени считают». Ну, да если непосредственно про это говорить, их перетаскивают кошки, как говорится».

Как видно из протокола, больной пытается объяснить смысл поговорки в обобщенном плане, далее он пытается показать, что внешний шум ничего не определяет. Слово «шум» вызывает ассоциации с произведением Шекспира; с другой стороны, он пытается передать буквальное значение поговорки: «Цыплят могут перетаскать кошки».

Таким образом, мы здесь видим своеобразное расстройство мыслительной деятельности, сочетание различных «аспектов» в отношении явления и вещи. Речь идет, следовательно, не о том разностороннем, исчерпывающем анализе, который характерен для мышления здорового человека, подходящего к явлению с разных сторон. Многоплановость мышления описываемых больных заключается в том, что в суждениях больных причудливо переплетаются случайные ассоциации, обрывки представлений, воспоминаний с правильными обобщениями. Их суждения как бы изобилуют «взлетами» и «падениями»; поднявшись на высокую

точку обобщения, они увязают в случайных обработках. Мышление больных становится «многоплановым», «расплывчатым», не отражающим сущности вещей и явлений.

Разорванность мышления

Понятие разорванности мышления является одним из наиболее распространенных в психиатрической клинике. Применяется он при характеристике мышления больных шизофренией. Оценка мышления больного, как разорванного, звучит синонимом диагноза шизофрении. В неопубликованных работах психологов, изучавших клинику реактивных состояний,* имеются указания на то, что разорванность мышления наблюдается и при некоторых очень тяжелых реактивных психозах. Однако в нашем экспериментальном материале мы обнаружили разорванность и ее элементы у больных шизофренией. В случаях резко выраженной разорванности эта оценка не представляет никаких затруднений; чаще всего возникает задача оценки мышления в диагностически неясных случаях, когда речь может идти лишь о наличии элементов разорванности. В этих случаях общепринятой является оценка разорванности мышления больного по признаку отсутствия понятных экспериментатору или врачу связей между отдельными элементами высказываний больного. Этот критерий «понятности» высказываний больного явно недостаточен; поэтому возникает необходимость более детального рассмотрения объективных признаков «разорванности». Рассмотрим примеры: больной Н. — дефектный шизофреник. При внешне упорядоченном поведении и правильной ориентировке в обстановке, часами монотонным, спокойным голосом произносил монологи, не проявляя при этом никакой заинтересованности во внимании собеседников. Приведем записанный на магнитофоне отрывок его монологической речи. «Почему, я вот почему, мне, конечно, никто не сказал об этом и где я вычитал это, это и нигде не показано. И думаю я твердо, конечно, знаю, что это материя движения, весь земной шар. Да, я думаю, долго я думал об этом деле, но вижу, что значит это — живая материя, она, находясь, вот значит живая материя, вот я думаю, что потом я думаю, раньше я учился — сколько я не учился, все же учился. Воздух — не живой, ну, а кислород, водород, все это мертвые вещества, а мне теперь представляется, что вся населяющая окружающую атмосферу зелень окутывает, ну, живое существо, совершенно живое, вот, и оно состоит, представляю, как этот, дым только не сразу, как он появился, вот так уже разошелся чуть-чуть заметно и состоит из таких мельчайших существ, просто трудно различить, вот, и они имеют страшную силу, конечно, они вселиться могут куда хотите, через поры любого существа, вот. Вот это и двигает в то же время, вот я

---

* С. Я. Рубинштейн. «Нарушение речи при реактивных состояниях»

считаю, вот, что и зарождались-то. Почему женщина, вот эта материя, по-моему, весь род на земле происходит. По определению, ну, например, форма человека в утробе женщины тела этого была, ну, говорит там плоть какая-то там, чтобы художники, определенно художник, да, д-да».

Анализ приведенного монолога приводит к следующим выводам: во-первых, в этом, довольно длительном высказывании нет никакого р а с с у ж д е н и я; больной произносит ряд фраз, но не сообщает в них другим людям никакой содержательной мысли, не устанавливает никаких, хотя бы ложных, связей между явлениями и предметами. Во-вторых, в этом монологе нельзя даже обнаружить определенного о б ъ е к т а мысли; больной называет ряд предметов: воздух, материю, художника, происхождение человека, но в его высказывании нет смыслового объекта, нет логического подлежащего. В-третьих, больной не пытается, передать своими словами какое-либо, пусть смутное, переживание. не выражает в своей речи никакого отношения к другим людям, Следовательно, речь этого больного лишена всех своих основных, характерных для человеческой речи признаков; она не является ни о р у д и е м м ы с л и, н и с р е д с т в о м о б щ е н и я с другими людьми. Между тем внешняя артикуляционная и даже в значительной мере грамматически связная, форма речи сохранена.

Грамматический строй речи человека является, как известно, отражением объективно существующих сложнейших связей между предметами и явлениями реального мира. Объединяя слова в предложения, согласуя и различая их окончания, связывая их предлогами и т. д., человек осуществляет таким образом тончайший анализ и синтез мысли, отражающий сложные взаимоотношения предметов и явлений. При усвоении грамматически связных форм речи происходит выработка определенных динамических стереотипов, благодаря которым произнесение слов и предложений превращается в навык, т. е. в автоматизированно протекающий процесс. В условиях нормального психического развития навык этот не приобретает, однако, самостоятельного, вспомогательного значения, подобно навыкам ходьбы, бега и т. д., а всегда неразрывно связан со сложными видами психической деятельности, точнее, с мышлением. Навык грамматически связной у с т н о й речи практически реализуется лишь в единстве со сложной деятельностью обмена мыслями между людьми.

В приведенных выше отрывках речи больного этого полноценного единства нет. Речь больного как бы деградировала, снизилась до уровня простого автоматизма, лишенного содержания

Второй особенностью мышления данных больных является ослабление свойственных нормальным людям обычных, устанавливающихся, благодаря жизненному опыту, привычных ассоциаций. Так, например, когда больному предлагают ответить на сказанное ему слово любым, пришедшим на ум словом, то нор-

мально мыслящий человек отвечает обычно словом, содержательно с ним связанным. Больной с элементами разорванности мышления отвечает, например, на слово «луна» — «яд»; на слово «пение» — «колесо» и т. д. Ассоциации его являются непонятными, неожиданными, потому что они не отражают объективно существующих (внешних или внутренних) связей между данными предметами. Старые психиатры описывали это расстройство мышления как «атаксию» или «диссоциацию» его.

Из сказанного видно, что разорванность является сложным видом расстройства мышления. Его можно рассматривать как крайнюю степень нарушения логического строя мышления, обусловленную комплексным сочетанием почти всех описанных в данной главе элементов.

Но и это оказывается недостаточным. Полной картины шизофренической разорванности мышления не возникает без сочетания описанных выше особенностей с нарушением критичности и целенаправленности мышления, к описанию которых мы переходим в следующей главе.

Описанные в этой главе нарушения мышления наблюдались, как мы видим, у больных с различными заболеваниями; они носят различный характер, степень выраженности их тоже различна. Поэтому следует остановиться на анализе того принципа, который дал нам возможность объединить их в одну группу: «Нарушение логического строя мышления». На первый взгляд объединение столь разнородных видов мышления, как «скачка идей», «откликаемость», «вязкость мышления», «непоследовательность суждений», «соскальзывания», «разноплановость», «разорванность мышления», кажется неубедительным, особенно, в свете клинических задач, направленных на поиски специфических для отдельных форм заболеваний видов нарушений мышления. Для доказательства возможности такого объединения вернемся еще раз к понятию мышления. Исходя из положении И. М. Сеченова, проф.С. Л. Рубинштейн подчеркивает, что задачей исследования психической деятельности является раскрытие его, как процесса. Полноценность мыслительного акта зависит не только от глубины обобщения,но и от последовательности и взаимосвязи отдельных элементов суждений. Мышление больных, вошедших в эти многочисленные подгруппы, характеризуется именно нарушением подобной процессуальной стороны. При «скачке идей», при «непоследовательности суждений» больные могут уловить правильный смысл задания, но не удерживают его до конца; при «вязкости» мышления больные из-за плохой переключаемости не могут синтезировать различные части задания. При всех описанных нарушениях мышления больные не доводят до конца своих суждений. Те задачи, которые требуют одномоментных решений, доступны больным; нарушения мышления выступают при многоактных заданиях, требующих последовательной цепи рассуждений.

Феноменология описанных в этой главе мыслительных нарушений пестра и разнообразна, нарушения мышления, как процесса, не выступают в чистом виде, они сочетаются, с аффективными нарушениями (например, при эпилептической «вязкости», «разорванности» больного шизофренией). Однако, несмотря на всю пестроту, все описанные в этой главе нарушения мышления характеризуются нарушением динамики процессуальной стороны мышления. Поэтому мы объединили их в одну главу: «Нарушение логического строя мышления».

Разумеется, в конечном счете и у этих б-ых нарушается процесс обобщения, ибо при выраженной непоследовательности суждений, при инертности мышления и хаотичности ассоциаций мышления и не может быть адекватного обобщенного отражения мира.

ГЛАВА IV

НАРУШЕНИЕ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОСТИ И КРИТИЧНОСТИ МЫШЛЕНИЯ

Как мы уже указали во введении (стр. 14—15), мышление является активным, целеустремленным процессом, направленным на разрешение определенной задачи, процессом, который, по словам И. М. Сеченова, регулирует наши действия и поступки. Мыслительная деятельность включает в себя возможность критики.

В этой главе мы останавливаемся на нарушении регулирующей функции мышления. Оно наблюдалось у больных, в клинической картине которых выступало нарушение критики. При этом мы хотим оговориться, что речь идет не о таком нарушении критики, которое имеет место у больных по отношению к своему бреду, не о нарушении критики больного с грубыми формами разлитого органического слабоумия. Нарушение, которого мы касаемся, представляет собой особую форму неправильного восприятия окружающего.

Всего нами было исследовано 97 больных: 63— с травматическим поражением мозга, 16— с прогрессивным параличом и 18 с сосудистыми поражениями головного мозга.

В состоянии описываемых больных отсутствовали острые психотические проявления; в их клинической картине преобладали симптомы стойкого дефекта. При поверхностном наблюдении эти больные производили впечатление относительно сохранных людей. Они усваивали предъявленные им вопросы, были ориентированы в месте и времени, в общественных событиях, принимали участие в трудовых процессах, выполняли отдельные поручения, книги, запоминали прочитанное, слушали радио. Однако, при ближайшем наблюдении можно было отметить неадекватность их поведения. Вслушиваясь в их беседы с родными, можно было установить, что больные правильно отвечали на вопросы, но сами их не задавали, не интересовались участью своих близких, не говорили о своих планах на будущее. Начав читать книгу, они тут же ее бросали, чтобы взяться за другую, случайно попавшую в поле их зрения. Больные, работавшие в мастерских, допускали в работе ошибки, не замечали их, в тех же случаях,

когда инструктор в мастерских указывал им на допущенный брак, они не огорчались и не пытались его исправить.

Так же безразлично, как к своим ошибкам, относились больные к неправильным суждениям других. Так, например, накануне объявленной серьезной операции один из описываемых нами больных без всяких возражений согласился с предложением товарища сбежать из хирургического корпуса, чтобы выкупаться в холодную, ненастную погоду в озере.

Никаких недостатков или нарушений умственной работоспособности эти больные у себя никогда не отмечали, ни на что не жаловались, не тяготились пребыванием в больнице, не просили о выписке. Они пребывали большей частью в благодушном настроении.

Для большей характеристики неадекватного поведения наших больных приводим выписку из истории болезни.

Больной Т. (история болезни д-ра Т. А. Роммель), 1924 г/р, инвалид 2-й группы, находился в больнице им. Ганнушкина с диагнозом «травматическое слабоумие». Больной рос и развивался нормально, окончил 6 классов, работал слесарем. Был активным, общительным. В 1950 г. был сшиблен на улице машиной, имела место длительная потеря сознания. Не работает в связи с головными болями, быстрой утомляемостью, общим плохим самочувствием; стал злоупотреблять алкоголем, был агрессивен по отношению к близким.

Нервная система: легкая асимметрия лица, тремор век, вытянутых пальцев рук, сухожильные и периостальные рефлексы оживлены в верхних конечностях.

Психическое состояние: считает себя психически здоровым, «только хрящ у носа болит». Пребыванием в больнице не тяготится, к окружающему относится без всякого интереса, во время посещения родных не проявляет к ним никакого интереса, не справляется о своем ребенке. Весел, благодушен, временами суетлив. С врачами держится развязно. Часто во время разговора с врачом, видя что больные идут за обедом или начали какую-нибудь игру, тут же прерывает беседу на полуслове и следует за другими. Больной легко внушаем, выполняет все просьбы товарищей, подражает им. В любое время по первому требованию товарищей танцует, кувыркается.

Экспериментально-психологическое исследование обнаружило особую структуру мыслительных нарушений этой группы больных. Они в состоянии справиться с заданиями, требующими синтеза, обобщения и вместе с тем допускают грубейшие ошибки, дают нелепые ответы при выполнении.

Эта особенность их мыслительной деятельности выступает уже при простейшей задаче — описании сюжетной картинки. Например, описанный выше больной Т. при предъявлении репродукции с картины Ярошенко «Заключенный» говорит: «Тут нарисован человек . На вопрос экспериментатора, что это за человек, больной отвечает: «Не знаю, может быть служащий какой-нибудь». Экспериментатор: «Где он находится?» Больной: «Почем я знаю, у себя на квартире, а может быть в учреждении». Экспериментатор старается направить внимание больного на

построение картины: «Посмотрите внимательно, обычное ли здесь окно». «Он заключенный», говорит однотонно больной. Обратившись к задаче, больной понял ее сюжет, но это не вызывает в нем удивления по поводу своей ошибки.

Другой больной С. описывает следующим образом картину, изображающую несчастный случай на катке (человек проваливается в прорубь, толпу людей, выражающих испуг и т. п.): «Стоят люди, может ждут трамвая». Он не обращает внимания на то, что мимика и поза людей не соответствует ситуации ожидания, он не замечает самого факта проваливания в прорубь. При указании на лежащего человека больной отвечает: «Этот сдается в плен, вишь, руки поднял». Когда экспериментатор объясняет больному истинный сюжет, он не удивляется своим нелепым высказываниям.

Нелепым было часто и выполнение экспериментального задания «классификация предметов».

Один из больных начинает складывать в одну группу карточки, лежащие рядом, образуя, таким образом, группу, в которую входят: медведь, термометр, лопата, шкаф; в другую группу собирает карточки, находящиеся по краям, образуя группу из гриба, птицы и велосипеда.

Больные не замечали своих ошибок, больше того, когда им на них указывали, они не пытались вникнуть в смысл задания и исправить ошибку: «Ладно, пусть будет так». Или «и так сойдет» — были обычными репликами больных на замечания экспериментатора.

При контрольных вопросах и внешней организации работы со стороны экспериментатора больной мог обнаружить осмышление даже более сложных задач. Таким образом, умственная продукция больных характеризовалась отсутствием самоконтроля и безразличным отношением к тому, что они делали.

Для уточнения структуры нарушений мыслительной деятельности подобных больных мы предлагали им также экспериментальные задания, выполнение которых не требовало сколько-нибудь сложного анализа и синтеза, но при которых необходимость проверки выступала в качестве необходимого условия. Задания эти были двух родов:

1. Больные должны были подбирать к пословицам, смысл которых они понимали, соответствующие фразы. При этом среди предложенных фраз были такие, которые не подходили по смыслу к пословицам, но содержали аналогичные слова.

Предлагаемая задача, т. е. отнесение фраз к пословицам, отличается по структуре от основной задачи — определения переносного смысла пословиц, где требуется понимание условности, умение отвлечения от конкретного содержания слова, умение абстрагировать. В нашем же случае — при соотнесении слов к пословицам выступает другая трудность, которая заключается не в самой возможности понять абстракцию, а в необходимости

оттормозить то, что не соответствует смыслу пословицы, а это возможно только при наличии проверки.

2. Больным предлагались небольшие рассказы, в тексте которых были пропущены слова. Испытуемый должен был их вставить.

Исследование обнаружило, что больные, понимающие правильно смысл поговорки, неправильно соотносили с ними фразы. Так, например, больной Т., объяснив правильно пословицу: «Не в свои сани не садись» — «Не лезь не в свое дело», вместе с тем соотносит с ней фразу: «Зимой ездят на санях, а летом на телеге». «И здесь говорится про сани» — мотивирует он.

Не менее резко обнаружилась несостоятельность наших больных при выполнении задачи, где им приходилось вставлять пропущенные слова в текст рассказа. Они вписывали случайные, явно неподходящие слова, которые можно было бы лишь употребить в данном предложении, если взять его в отрыве от остального контекста.

Таким образом, у описанного выше больного Т. получился следующий нелепый текст: «Один человек заказал пряхе тонкие р у к и.* Пряха спряла тонкие нитки, но человек сказал, что нитки н е т и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряха сказала: «Если тебе эти не тонки, то вот тебе другие» и она показала на д р у г о е место. Он сказал, что не видит. «Оттого и не видишь, что они тонки, и я сама их не вижу». Дурак обрадовался и заказал себе такие д в е р у к и, а за эти заплатил деньги».

Сопоставление экспериментальных данных с данными клинического исследования наших больных обнаруживает единую структуру их нарушений. Грубо ошибочные, случайные решения больных при решении экспериментальных задач, невозможность учета своего опыта и своих возможностей в эксперименте, бездумное поведение больных в клинике и в трудовой ситуации, отсутствие отношения к своей работе — все это указывает на то, что действия наших больных не подчинены личностным целям и не регулируются их мышлением.

Выполнение любого задания, в том числе и экспериментального предполагает понимание того, какое значение имеет выполняемая работа в данной конкретной ситуации. Выполнение действия предполагает и знание средства работы, но, самое главное, человек должен уметь оценить, насколько его действия соответствуют поставленной задаче. И чтобы такая оценка могла осуществиться—необходимо, чтобы человек понимал свои цели и возможности, чтобы он действовал из осознанных потребностей. Об этом хорошо сказал уже И. М.Сеченов: «Когда человек что-нибудь придумывает или силится что-нибудь вспомнить (все это фигурное выражение), значит мысль, которую он ищет, нужна ему для какого-нибудь дела, иначе он был бы сумасшедший; д е л о и

* Подчеркнутые слова вставлены больными.

есть, стало быть, мотив, определяющий те темные процессы, которые фигурно называются поисками или стараниями придумать, припомнить». Таким образоом, И. М. Сеченов считает, что мысль здорового человека должна быть целенаправленной. У наших же больных целенаправленность мыслительной деятельности нарушена. Их мысли и действия не направлены на достижение жизненно важной для них цели. В этом главное. Но в норме, не будучи источником деятельности, мышление является регулятором действий человека. И. М. Сеченов подчеркивал, что мышление включает в себя возможность регуляций действий и контроля над ними. Он писал: «Разумность мысли начинается только с того момента, когда она становится руководителем действий, т. е. когда познаваемое отношение кладется в основу последних. Тогда действия, получая цель и смысл, становятся целесообразными, руководитель получат характер разумного направителя их».*

Практические действия наших больных недостаточно регулировалось мышлением. Именно применительно к подобному типу распада мышления относятся слова И. П. Павлова об ослаблении «регулирующих, коррегирующих влияний общих словесных понятий».

Если распад мыслительной деятельности других категорий больных большей частью характеризуется ослаблением синтеза и анализа, затрудненностью процесса обобщения и переноса, то описанный нами вариант нарушений мышления показывает, что распад мышления может быть другого генеза, он может быть обусловлен нарушением личности.

Неумение управлять своими действиями мы видим и у слабоумного б-ого. Если больной не понимает смысла задания, то тем самым он не может правильно оценить его и отнестись к нему. Фигурально выражаясь, больному нечем измерять сравнивать и оценивать. Однако, если такому больному указать на его ошибки, то больной пытается, пусть несовершенно, исправить свои действия.

Неумение управлять своими действиями возникает и у больных, которые не в состоянии разобраться в окружающем из-за нарушения сознания. Случайные ассоциации направляют его мышление, случайные объекты вызывают его действия, поведение больного теряет свой произвольный характер. Однако эти состояния динамичны: мы не редко были свидетелями того, как подобный больной, который некритично относился ко всему происходящему вокруг него, мог в определенные промежутки правильно оценить свои действия.

Нарушение критики может наступить временно и у расторможенного больного. В состоянии возбуждения больной (и даже здоровый человек) совершает некритичные поступки, некритич-

* И. М. Сеченов. «Элементы мысли». Избр. произвед. т. 1. 1952 г.

ные действия. Такой больной плохо регулирует свое поведение, свои действия. Реакции больного в таком состоянии бывают неадекватными, нелепыми, элементарными, подчас даже гротескными. Слабость торможения приводит к нелепым поступкам. Однако за всем этим скрывается личностная, подчас даже эмоциональная реакция.

Нарушение критики у наших больных, как мы уже видели, другого генеза: у них не было грубого нарушения познавательных процессов; не измененное состояние сознания, не аффективные сдвиги и не расторможенность определяли их безконтрольное поведение. Оно было проявлением их глубоко личностного нарушения.

Распознавание описанного нами вида нарушений мышлений имеет значение для вопроса трудоустройства больного. Если интеллектуальное снижение проявляется в сужении круга ассоциаций, в отсутствии переноса, недостаточном анализе, необходимо думать о снижении уровня предполагаемой работы. Если умственная недостаточность больного проявляется в невозможности длительной адаптации к заданию, нужно думать о рекомендации работы, сокращенной по времени. Наших же больных следует ставить в такие трудовые условия, которые допускают постоянное, неослабевающее руководство со стороны.

Известное значение имеет распознавание подобного рода мыслительной недостаточности в детском возрасте. Исследования, проведенные М. С. Певзнер под руководством Г. Е. Сухаревой, показывают, что среди умственно отсталых детей имеется группа детей, которые выделяются своим поведением. Эти дети овладевали операциями счета, чтения, обладали относительно хорошей речью, вместе с тем, они не удерживаются в массовой школе именно благодаря бездумности своего поведения. В отношении подобных больных детей необходимы были другие методы воспитания и обучения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, отправляясь от клинических фактов, мы попытались проанализировать различные виды нарушения мышления в понятиях современной советской психологии.

Сопоставление результатов экспериментально-психологического исследования больных с клиническими данными обнаруживает возможность использования обнаруженных нами вариантов нарушения мышления как дополнительных критериев при установлении дифференциального диагноза, при анализе структуры дефекта, при учете эффективности лечения.

Это использование экспериментально-психологических данных не может, однако, всегда состоять в их прямом соотношении выделенного нами варианта с той или иной нозологической фор-

Наш экспериментальный материал показывает, что в то время, как некоторые виды нарушений мышления, как «многоплановость», «искажение уровня обобщения», оказались в основном наиболее типичными для больных шизофренией другие типы нарушений, как, например, нарушение «последовательности суждений», могут встречаться при самых различных формах заболеваний — при травмах мозга, при сосудистых заболеваниях, при шозофрении.

Нередко выделенные нами варианты характерны для состояния больного. Так, например, непоследовательность суждений больного может наблюдаться и у больного с травмой мозга и у больного с сосудистым заболеванием мозга, состояние которых характеризуется астенией. Однако и в этих случаях можно обнаружить специфичность в отношении нозологии. Наш экспериментальный материал показывает, что сочетание непоследовательности суждений с инертностью больше характерно для больных с травматическим поражением мозга.

Специфичность того или иного вида нарушений мышления для определенной нозологии определяется часто комбинацией различных вариантов; так, например, для резонерства при шизофрении характерна облегченная актуализация выхолощенных словесно-логических связей в сочетании с их инертностью при недостаточной критичности больного. Своеобразное же резонерство, наступающее при эпилепсии,—иного генеза: в его основе лежит затрудненность отвлечения от конкретных деталей и условий задания, тенденция охватить все конкретные элементы ситуации, наличие запаздывающих реакций. Иными словами, для шизофренического резонерства характерно сочетание «искажения уровня обобщения» с «непоследовательностью суждений» и недостаточной критичностью, в то время как своеобразие резонерства больного эпилепсией возникает часто из комбинации «вязкости мышления» с «недостаточным уровнем обобщения». Богатство клинических проявлений нарушения мышления может объясняться также сочетанием отдельных видов нарушений мышления с другими симптомами болезни и особенностями личности больного.

Приведенная нами группировка разных видов нарушения мышления не представляет собой жесткой классификации, она является скорее указанием тех направлений, тех «параметров», по которым можно ожидать распада мышления.

Учет этих экспериментально полученных данных и дальнейшая их разработка является одним из разделов совместной работы психологов и клиницистов.

Приведенные экспериментальные данные имеют некоторое значение для проблемы распада и развития. Описанные виды нарушения мышления не представляют собой отдельных этапов развития. Такие формы нарушения мышления, как искажение уровня обобщения, как разорванность не наблюдаются при формировании психики ребенка.

Если даже в некоторых случаях и имеется феноменологическое сходство проявлений особенностей мышлений ребенка и больного, то экспериментальный анализ обнаруживает их различную структуру. Так, «откликаемость» больного с сосудистыми заболеваниями головного мозга может выглядеть, как отвлекаемость ребенка. В действительности же их сущность различна. Сущностью отвлекаемости ребенка является мощный познавательный интерес. В его основе лежит повышенный ориентировочный рефлекс, т. е. высокая степень бодрственности коры. При «откликаемости» же больного выступает общее ослабление психической деятельности; обнаруживается повышенная тормозимость, ослабление бодрственности коры. Как мы и предполагали, распад не является негативом развития.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

1. В. И. Ленин. Материализм и эмпириокритицизм.
2. В. И. Ленин. Философские тетради. Госполитиздат, 1954.
3. Мао Цзе-дун. Относительно практики, 1951,
4. Авербух В. С. «Острые сосудистые психозы». «Психические нарушения при гипертонии», стр. 194
5. Авербух В. С. «Клиника психопатий». Анализ аментивных состояний. Ж. «Невропатология и психиатрия» 1946, вып. 6, т. 15
6. Брайнина М. Я. Психопатологические особенности глубоких органических деменций у несовершеннолетних Сб. «Проблемы судебной психиатрии», т. II, 1940.
7. Бернштейн А. Н. Клинические приемы психологического исследования душевно больных, М. 1911.
8. Берштейн Г. И. Клиника эпилепсии. Диссертация. М. 19
9. Биренбаум Г. В. и Зейгарник Б. В. К динамике нарушения мышления. Ж. Неврология и психиатрия, 1934.
10. Выготский Л. С. Нарушения понятий при шизофрении. Избранные психологические произвед. 1956.
11. Вишневский В. Е. «О состоянии психики у гипертоников». Ж. Неврология и психиатрия, 1946, № 3 стр. 58
12. Владычко С. Д. Характер ассоциаций у больных с хроническим нервным помешательством, СПБ, 1909
13. Вырубов Н. А К патологии ассоциаций. М. И., т. I.
14. Вышеславцева и Таранович. Труды психиатр. клиники 1-го М. И., т. I.
15. Вяземский Н. М. Эпилептический синдром после открытой и закрытой травмы головного мозга.
Ж. Неврология и психиатрия, т. X, вып. 78. 1941.
16. Гальперин П. Я. «Опыт изучения формирования умственных действий». Доклады на совещании по вопросам психологии 3—8 июля 1953 г. М. АПН РСФСР, 1954
17. Гальперин П. Я. «О формировании умственных действий и понятий». Доклад на юбилейной сессии МГУ, 1955 .
18. Гаккель Л. Б. «К вопрос/ о роли явлений индукции во взаимоотношении сигнальных систем». Журнал высшей нервной деятельности, 1955, вып. 6
19. Л. Г. Гутман Экспериментально-психологические исследования в маниакально-меланхолическом психозе. Серия докторских диссертаций 1 № 15, 1909 г.
20. Гейер Т. А. «К вопросу дифференциальной диагностики между шизофренией и органическими заболеваниями в тесном смысле этого слова». Труды Психиатр. клиники I ММИ, вып. 3, 1929.
21. Гиляровский В. А. «Психиатрия». 1954.
22. Гиляровский В. А. «Эволюция учения о шизофрении» «Клиническая медицина» 1938, № 1, т. XVI.
23. Гольдовская Т. И. Клиника и патогенез симтоматических психозов при крупозной пневмонии. Ж. «Невропатология и психиатрия», 1942 № 3.

24. Голант Р. Я. и Янковский А. Е. Некоторые экспериментальные данные к вопросу о распаде мышления при шизофрении. Сов. невропатология и психиатрия, 1934, т. III, вып. 2—3.

25. Гуревич М. О. К вопросу о сущности шизофренического процесса. Ж. Невропатология и психиатрия 1945, № 5 т. XIV.

26. Гурвич Б. Р. О некоторых особенностях дефекта после ряда перенесенных острых шизофренических вспышек и о влиянии подострых астенических состояний на течение процесса. Ж. Невропатология и психиатрия, 1938 вып. 9—10.

27. Гуревич М. О. и Серейский М. Я. Учебник психиатрии. 1946

28. Довбня Е. И. Ассоциативный эксперимент у больных и здоровых. Ж. «Психотерапия» № 2. 1914.

29. Дубинин А. М. К постановке вопроса об эндокринной деменции. Труды псих. клиники 1 ММИ памяти П. Б. Ганнушкина, вып. IV. 1934 стр. 240.

30. Жислин С. Г. Травмы мозга и параноические реакции, травмы нервной системы. Уфа, 1942.

31. Залманзон А. Н. и Скорнякова С. И. К вопросу о структуре эпилептического и шизофренического мышления. Стр. 164.

32. Залманзон А. Н. Проблемы системного слабоумия. Труды психиат. клиники 1 ММИ, 1937.

33. Залманзон А. Н. К вопросу об основном расстройстве при шизофрении Труды псих. клиники 1 ММИ.

34. Занков Л. В. Психологические особенности учащихся младших классов вспомогательной школы.

35. Запорожец А. В. Развитие произвольных движений. Доклад на XIV Международном конгрессе по психологии. Вопросы психологии № 1, 1955.

36. Запорожец А. В. «Проблема произвольных движений в свете трудов И. М. Сеченова». Ж. Вопросы психологии, № 1, 1956.

37. Зверева В. Д. «О слабоумии при гипертонической болезни» Труды Москв. обл. Невропсихической клиники, 1950.

38. Зейгарник Б. В. «К пониманию переносного смысла» Новое в учении афазии, аграфии и алексии». 1934.

39. Зейгарник Б. В. Психологический анализ структуры посттравматичаского слабоумия». Ж. Невропатология и психиатрия, 1941.

40. Зейгарник Б. В. Об одном виде нарушений мышления. Вопросы психологии 1956 г. № 6.

41. Зейгарник Б. В. Виды нарушений мыслительной деятельности. Доклады совещания по психологии. 1957.

42. Иванов-Смоленский А. Г. Попытка патофизиологического исследования явлений речевой бессвязности при Sch. Архив биологических наук, в 36, 1934.

43. Ильин А. В. О некоторых особенностях эпилептической психики. Ж. Сов. невропатология, психиатрия и психогигиена, т. I вып. 8, 1932.

44. Коробкова Э. А. Психологические особенности работоспособности травматиков. Сб. «Тезисы докладов научной сессии ЦИЭТИИ» 1936 г.

45. Коробкова Э. А. Экспериментальное исследование факторов, тормозящих и стимулирующих работоспособность Биомедгиз. 1939 г.

46. Каминский С. Д. «Роль коры головного мозга в возникновении гипертонической болезни». «Бюллетень эксперим. биологии и медицины», 1951 г. № 10.

47. Кауфман Д. А. «Материалы по вопросу о патофизиологии шизофренического дефекта» 1956.

48. Конова М. П. Психологические данные при изучении вялотекущей шизофрении в детском возрасте». Ж. Невпропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. 6, № 11

49. Кононяченко В. А. Фазовое состояние при гипертонии. Журн. высшей нервной деятельности, 1956, № 6.

50. Корсаков С. С. К психологии микроцефалии. «Вопросы философии и психологии», 1894

51 Коган В. М. Особенности работоспособности психических больных. Сб. ЦИЭТ. 1941 г.

52. Корсаков С. С. Курс психиатрии, т. 1, 1901.

53. Красногорский Н. И. Развитие учения о физиологической деятельности мозга у детей, М. 1939.

54. Крепелин Учебник психиатрии. 1910.

55. Кроль И. А. и Гранская И. А. Клинические варианты травматического слабоумия. Труды XIV сессии Украинского Псих. института, 1947.

56. Костомарова Н. М. Качественная характеристика деградации интеллектуальной деятельности с диф. изм. центральной нервной системы в результате травмы головы Сб. ЦИЭТ, № 12. 1940.

57. Кубланов Я. Психологический эксперимент в клинике мозгового артериосклероза Ж. Совр. невропатология и психиатрия 1934, т. III, вып. 4.

58. Куимов Д. К. В клинике лобных долей. Ж. Невропатология и психиатрия, 1930 № 1—2.

59. Лебединский М. С. Об особенностях нарушений психики при поражениях правого полушария. Сб. «Проблемы современной психиатрии» 1948.

60. Лебединский М. С. Расстройства речи при шизофрении на различных уровнях возрастных различий. Труды Украинского Психоневрологич. института, 1947.

61. Лебединский М. С. Типы патологического мышления. Автореферат. Сб. АМН, 1948.

62. Леонтьев А. Н. «Природа и формирование психических свойств и процессов человека» Доклад на XIV Международном конгрессе по психологии. «Вопросы психологии» № 1, 1955.

63. Леонтьев А. И. О системной природе психических функций. Доклад на юбилейной сессии МГУ 1955.

64. Леонтьев А. Н. Материалы совещания по психологии ИАПИ № 45, 1953.

65. Леонтьев А. Н. и Розанова Т. В. «Зависимость образования ассоциативных связей от содержания действия». «Советская педагогика» № 10, 1951.

66. Лещинский А. Л. Временные и стойкие нарушения интеллекта при капмоциях.

67. Липкина А. И. Анализ и синтез при познании предметов учащихся вспомогательных школ. Сб. Психол. особенности учащихся вспомогательных школ.

68. Лурия А. Р. «Речь и организация поведения». Доклад на научной Юбилейной сессии МГУ 9—13 мая 1955.

69. Лурия А. Р. О регулирующей роли речи в формировании произвольных движений. Ж. высшей нервной деятельности, 1956 т. VI, вып. 5.

70. Марциновская О. М. Нарушение обобщающей функции речи в образовании временных связей у умственно-отсталых детей. Диссертация, 1955.

71. Мелехов Д. Е. О классификации шизофренического типа реакций. Труды психиатрической клиники I ММИ памяти Ганнушкина, 1934, вып. IV.

72. Мелехов Д. Е. Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство инвалидов Отечественной войны с невро-психическими заболеваниями. М. 1948.

73. Менчинская Н. А. «Психическое развитие ребенка», 1957.

74. Мержеевский И. П. Микроцефализм. Архив судебной медицины, 1871.
75. Мещеряков Об участии прошлого опыта в выработке временных связей человека. «Вопросы психологии», № 3, 1955.
76. Мирельзон Л. А. О динамике психопатологических компонентов при травм. энцефалопатиях. Труды XIV сессии Укр. психоневр. И-та, том XXIII, Харьков, 1947.
77. Мясищев В. Н. О значении психологии для медицины. «Вопросы психологии» 1956.
78. Мясищев В. Н. «Некоторые вопросы отношений человека». Ученые записки Ленингр. Ун-та № 214, 1956.
79. Осипова Е. А. Травматические психозы у детей. Труды Центрального института психиатрии, т. I, 1940.
80. Озерецкий Н. И. Психические изменения при гипертонии. Ж. Невропатология и психиатрия. № 5. 1949.
81. Орлов Д. Д. Некоторые особенности клиники начальных стадий шизофрении в свете учения И. П. Павлова. Труды конференции, посв. 100-летию со дня рожд. С. С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии, М. 1955, стр. 141
82. Осипов В. П. Руководство по психиатрии, 1931.
83. Павлов И. П. Среды, т. III, 1949
84. Павлов И. П. Среды, т. I, стр. 239.
85. Павлов И. П. Полное собрание сочинений, т. III, стр. 97.
86. Павловская Л. Экспериментально-психологическое исследование над больными с нарастающим паралитическим слабоумием. Диссертация, СПБ, 1907.
87. Парамонова Н. П. К вопросу о развитии физиологического механизма произвольных движений. «Вопросы психологии», № 3, 1955
88. Петрова и Аникина К вопросу о характере трудоспособности при шизофрении. «Проблемы пограничной психиатрии», 1935.
89. Певзнер М. С. Развитие ребенка-энцефалитика (эпидемический энцефалит). Ж. Невропатология и психиатрия, 1934, № 7.
90. Пивоварова В. Л. «О вторичной кататонии». Труды, посв. 100-летию со дня рожд. С. С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии. М, 1955, стр. 168
91. Плотичер А. И. Методы исследования условно-речевых связей у психически-больных. Журнал высшей нервной деятельности 1955, вып. 6.
92. Повицкая Р. С. Динамика психических процессов при травмах черепа. «Бюллетень конфер. ЦИП» Томск, 1942.
93. Повицкая Р. С. Динамика психических расстройств при травмах мозга. Ж. Невропатология и психиатрия, № 5, 1942.
94. Повицкая Р. С. Динамика течения психических изменений при травме черепа. Травматическая эпилепсия. Ж. Невропатология и психиатрия, № 7—8, 1941.
95. Розенблюм И. И. К сравнительной характеристике шизофренического паралитического слабоумия. Ж. Невропатология и психиатрия, 1934, т. III, вып. 11—12
96. Ротштейн Г. А. Структурная неоднородность симптомов при так называемой травматической церебропатии. Сб. «Травматические повреждения центральной нервной системы» ЦИЭТ № 12, М. 1940
97. Рохлин Л. Л. Клиника психических нарушений при травматической эпилепсии. Труды XIV сессии Укр. психоневр. института, 1947.
98. Рубинштейн С. Я. Восстановление трудоспособности после военных травм мозга. Сб. «Неврология военного времени» 1949.
99. Рубинштейн С. Л. «Психологические воззрения И. М. Сеченова и советская психологическая наука». Доклад на Совещании по психологии 1—6 июля 1955. «Вопросы психологии» № 5, 1955.
100. Рубинштейн С. Л. «Вопросы психологии», № 1, 1955

101. Рубинштейн С. Л. Основы психологии., 1940

102. Рушкевич Г. А. О расстройствах отвлечения и обобщения при шизофрениях и их патофизиологических оснований. «Вопросы физиологии» № 4, Киев, 1953, АН Укр. ССР

103. Сагалова С. Некоторые данные психологического исследования у больных с артериосклерозом головного мозга. Сб. ЦИЭТ, № 2, 1940

104. Селецкий В. В. Диссоциация представлений и ее значение. Ж. Невропатология и психиатрия, 1908, кн. I

105. Сербский. Учебник, 1912.

106. Серейский М. Я. К вопросу о современном понимании травматической энцефалопатии. «Вопросы военной невропсихиатрии», М. 1943.

107. Середина М. И. О влиянии эпилептического припадка на условные связи первой и второй сигнальных систем, а также на безусловные связи. Журнал высшей нервной деятельности, т. II, в. 5, 1952, стр. 653.

108. Сеченов И. М. Элементы мысли. Избр. физиологические и психологические произведения, 1947, стр. 251—252

109. Сеченов И. М. Замечания на книгу И. М. Кавелина «Задачи психологии». Избр. философские и психол. произвед.

110. Симсон Т. П. Отдаленные последствия закрытой травмы черепа. Труды XIV сессии Укр. Психоневр. института, 1947

111. Соловьев И. М. Мышление умственно-отсталых школьников. Сб. «Особенности познавательных процессов учащихся вспомогательных школ», 1955.

112. Смирнов А. А. О состоянии научно-исследовательской работы в области психологии. Сб. «Материалы совещания по психологии», 1957 г.

113. Соцевич Г. Н. Параноиальная форма шизофрении. Труды конф., посвящ. 100-летию со дня рождения С. С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии, М. 1955, стр. 259.

114. Сумбаев И. С. К психологии шизофрении. Ж. Невропатология и психиатрия, 1934, т. III, вып. 4.

115. Суханов. Психоневрозы военного времени. «Русский врач», 1915, 1—9.

116. Сухарева Г. Е. Узловые проблемы детской психиатрии как сравнительно возрастной дисциплины. Ж. Невропатология и психиатрия, 1947, № 2.

117. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста, М. Медгиз, 1955

118. Теплов Б. М. Учебник психологии.

119. Токарский А. А. Записки психологической лаборатории психиатрической клиники Моск. Университета, 5-й вып. 1894—1896.

120. Токарский А. А. «О глупости». Вопросы философии и психологии, 1896.

121. Трофимов Н. М. К механизму индукционных взаимоотношений сигнальных систем. Журнал высшей нервной деятельности 1955, вып. 6

122. Усов А. Г. Исследование индукционных взаимоотношений сигнальных систем у здоровых престарелых людей и больных старческим психозом. Журнал высшей нервной деятельности, 1955, вып. 6

123. Фридман Б. Д. О травматических поражениях центральной нервной системы, 1946

124. Фридман Б. Д. Об обратном развитии посттравматических расстройств. Уфа, 1942.

125. Фридман П. Д. Клиника и психопатология очаговых церебральных синдромов при злокачественной форме гипертонической болезни. Труды ЦИП'а, т. I, 1949

126. Хорошко В. Об отношении лобных долей мозга к психологии.

127. Чернуха А. А. Опыт экспериментального исследования интеллектуальных расстройств при мягкой шизофрении. Ж. Невропатология и психиатрия, 1934, т. III, вып. 5

128. Чистович А. С. О патофизиологии и патогенезе некоторых форм бреда. Новосибирск, 1939.

129. Шуберт А. М. Шизфреноподобные нарушения интеллектуальной деятельности к/ж органических заболеваний мозга. Сб. б-цы им. Кащенко. 1946 г.

130. Шуберт А. М. О некоторых особенностях нарушения интеллектуальной деятельности при лобных травмах. Сб. трудов б-цы им Кащенко 1948 г.

131. Юдин Т. Л. Коммоционная болезнь. Труды Укр. психоневрол. Ин-та, т. XII, Тюмень, 1943 Контузии. Там же.

132. Юдин Т. И. Лобная полость и психонервные синдромы при огнестрельных ее ранениях (общие предварительные данные по опыту Великой Отечественной войны) Ж. Невропатология и психиатрия, т. XIV, № I, Медгиз, 1945.

E. Abderhalden. Methoden der experimentellen Psychologie. Handb. d. biol. Arbeitsmethoden, 1925.

Anzieu D. Problemes poses par la validation des techniques projectives, 1952.

Barthel E. u. Schwarz B. Zusammenarbeit zwischen Arzt und Phychologe in der Poliklinik einer psychiatrischen Klinik. Zt. f. Psychiatrie, Neurologie und med. Psychologie, 1957, H. 6.

Berze S., Gruhle H. W. Psychologie der Schizophrenie, 1929.

Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, 1911.

Daniel Brower. Progress in clinical Psychology, N. Y., 1952.

Bumke O., Lehrbuch d. Geistskrankheiten, 1924.

Bumke O. Psychologische Vorlesungen, 1923.

Busemann A. Psychologische Untersuchungen an Hirnverletzten. Arch. f. Psych. a. Neur. Ztschr. f. Psych. u. Neur., 1950, 187.

Jean Delay. Etudes de psychologie medicale. Paris, 1953.

Georg Destunis. Einführung in die Medizinische Psychologie, Bln., 1955.

Dunker K. Zur Psychologie des produktiven Denkens. 1953.

Eysenck H. J. Training in clinical Psychology. Amer. Psych., 1949.

Evsenck H. J. The Relationship between medicine and Psychology in England, 1950.

Evsenck H. J. Psychology and the Faondations of Psychiatry. London, 1955.

Feuchtwanger E. Die Funktion d. Stirnhirn Monat. f. d. Gesamtgebiete d. Neur. u. Psych. 1930.

Frostig S. Das Schizophrene Denken, 1929.

Hanfmann E. u. Kasanin. Conceptual Thinking in Schizophrenia, 1945.

Helm J. Über den Einfluss affektiver Spannungen auf das Denkhandeln. Z. f. Psychol. Bln., 1954, Bd. 15.

Hellpach M. Klinische Psychologie, 1949.

Hunt William. The clinical psychologist. 1956.

Goldstein K. The significance of the frontal lobes for mental performances. J. Neur. a. Psych., 1936.

Goldstein K. After effect of brain injuries. L., 1944.

Goldstein K. Bemerkungen zum Problem «Sprechen u. Denken» auf Grund hirnpathologischer Erfahrungen. Acta psychologica. Amsterdam, 1956, 10.

Goldstein K. Language and its desturbances. N. Y., 1952.

Gruhle H. W. Psychologie des Abnormen, 1922.

Jahreise W. Störungen des Denkens, Bumke's Handb. d. Geisteskrankheiten, Bd. I, 1928.

Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie, 1923.

Karsten A. Psychische Sättigung «Psychologische Forsscung», 1927.

Katzenstein A. Gestalt und klinische Psychologie. Psych. Neur. u. med. Psych., 1956, N 7, 211—215.

Klieneberger O. Hirntrauma und ihre Folgen. Monatsch. für Psych. u. Neur. Bd. 68, 1928.

Kaffka K. Bemerkungen zur Denkpsychologie. Psychologische Forchung, 1927.

Kraepelin E. Psychiatrie, Leipzig, 1910.

Lagache D. Psychologie clinique et methodes cliniques Evolution Psychiatrique. 2 april-Juin, 1949.

Meyerhoff H. Das Syndrom d. traumatischen Hirnleistungs schwächen im Rohsrchachten Z. f. Neur. Psych. u. med. Psychol., 1956, 61.

Mowbray K. «The clinical psychologits as a human scientifist». Britisch. Journal of medical Psychology. 1954, 27.

Müller-Schur H. «Der pscyhopathologische Aspekt des Schizo phrenieproblems». Arch. f. Neur. u. Psych., 1955, Bd. 193.

Ombredane A. Distinction et mise en place des aspects de la projection. Ps. 6, 1952.

Pflugfelder G. Methoden der Demenzforschung. 1950.

Pflugfelder G. Intellektuelle Störungen nach schweren Schädeltraumen. Monatschrift für Psychiatrie u. Neorologie, 1949, 118, 6.

Pichot. Le test de Rorschachet la personalite epileptique. Paris, 1955.

Pichot P. Les tests mentaux en psychiatrie, Paris, 1949.

Pitxrich. Denkstörungen bei Hirnveletzten, Leipzig. 1949.

Rey Andre. Monographies de Psychologie clinique. Paris, 1952.

Scheid. Die Psychologie des erworbenen Schwachsinns. Zentralblatt f. Neur. u. Psych., 1933, 67.

Simon B. Intelligence testing and the comprenisme Shcool London, 1955.

Sneider C. Die Psychologie der Schizophrenen. 1930.

Schneider C. Die Psychologie der Schizophrenen u. ihre Bedteutung f. d. Klinik der Schizophrenie, 1930.

Schilder C. Medizinische Psychologie, 1924.

Tizard C. and Venables P. Reaction time responses by Schizophrenic patients mental defectives and normal aduls. Amer. J. of Phych., 1956, 112.

Storch A. Das archaisch primitive Denken der Schizophrenen, 1922.

Wechsler D. Manual for the Wechsler Adult's Intelligence Scale. N. Y. Psychological. Corporation, 1955.

Woodworth R. S. Psychologie experimentelle. Paris, 1949.

Zazzo R. Le devenir de l'intelligence, Paris.

Wilhelmi C. Arteriosclerose und senile Demenz. Arch. f. Psych. 1927 Bd. 80.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 1

Глава 1. Характеристика больных и методы исследования. . 13

Глава 2. Нарушения процесса обобщения и отвлечения . . . 27

Глава 3. Нарушение логического строя мышления. 46

Глава 4. Нарушение целенаправленности и критичности мышления 79

Заключение. 84

Автор *Б. В. Зейгарник*

Редактор *Л. Л. Рохлин*

Л 40570. Тираж 3000. Цена 6 руб. З. 822.

Ярославский полиграфический комбинат, Ярославль, ул. Свободы, 97.

Цена 6 руб.